

*COLLÈGE NATIONAL  
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS  
Président : Professeur B. Hédon*

Septième partie  
**Orthogénie**



*38<sup>es</sup> JOURNÉES NATIONALES  
Paris, 2014*

# Les liens entre centres d'IVG et réseau de périnatalité : exemple dans les Pays de la Loire

P. DAVID <sup>1</sup>, B. BRANGER <sup>2</sup>

ET LES MEMBRES DE LA COMMISSION DES CENTRES D'IVG  
(Nantes)

## Résumé

*Le réseau de périnatalité des Pays de la Loire (« Naitre ensemble ») qui a 20 ans d'existence fait partie de la vie collective des professionnels de la région et fait force de références en obstétrique, pédiatrie et anesthésie pour tout ce qui concerne la périnatalité.*

*Nous reverrons succinctement l'essentiel de ses missions et actions.*

*C'est en 2012 qu'a été créée la commission Orthogénie avec la même culture que celle qui conduit le travail du réseau dans tous les champs de la périnatalité.*

*Nous vous présentons ici les résultats de ces premiers travaux, leur reproductibilité et tout l'intérêt d'un tel travail dans chaque région permettant de fournir ainsi une cartographie nationale, base de données importante - faite par des professionnels - facilitant ainsi le travail de la commission d'Orthogénie de notre CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens français).*

1 - CIVG Clotilde VAUTIER - Clinique Jules Verne - 2-4 route de Paris -  
44314 Nantes cedex 03

2 - Médecin coordinateur « Réseau Sécurité Naissance » des Pays de la Loire -  
2 rue de la Loire - 44200 Nantes

Correspondance : philippe.david@mla.fr ; bernard.branger@naitre-ensemble-ploire.org

*Mots clés : réseau de périnatalogie, domaines d'activité, commission IVG, statistiques, EIG, éthique*

### **Déclaration publique d'intérêt**

Je soussigné, Philippe David, déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt à déclarer en relation avec le sujet traité.

## **I. CONTEXTE DU RÉSEAU DE PÉRINATALITÉ**

### **I.1. Historique**

Le réseau est une association regroupant les 23 maternités des Pays de la Loire et l'ensemble des professionnels intervenant dans le champ de la périnatalité. Ses missions sont la coordination des acteurs et l'amélioration de la qualité des soins. Il est financé par l'agence régionale de santé (ARS) sur le fonds d'intervention régional (FIR).

Le réseau s'est mis en place dans les années 1995-1998 à l'initiative des professionnels de la naissance des Pays de la Loire : obstétriciens, pédiatres, anesthésistes, sages-femmes, puéricultrices et infirmières. L'objectif principal était d'organiser des transferts *in utero* pour que les femmes puissent accoucher dans les structures correspondant à leur état, et que les nouveau-nés prématurés soient pris en charge sur place, en évitant les transferts postnatals. Le principe d'organisation était basé sur la sécurité des femmes et des nouveau-nés.

La charte constitutive date de janvier 1998, et les statuts ont été déposés en préfecture de Loire-Atlantique le 28 avril 1998. Parallèlement, les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ont été mises en place à partir de septembre 1996 et ont commencé à fonctionner au printemps 1997.

## I.2. Organisation générale

Le réseau s'adresse à l'ensemble des professionnels intervenant dans le champ de la périnatalité : gynécologues-obstétriciens, pédiatres, anesthésistes, sages-femmes, puéricultrices, infirmières, auxiliaires de puériculture, échographistes, radiologues, pédopsychiatres et psychiatres, psychologues, médecins généralistes, anatomopathologistes, généticiens... Ces professionnels travaillent en cabinet libéral, en PMI (protection maternelle et infantile), dans les 23 maternités publiques ou privées et 13 services de néonatalogie répartis sur toute la région. Le réseau est promu par une association loi 1901 dont les instances décisionnelles sont le bureau et le conseil d'administration. Depuis 2005, le réseau dispose d'une équipe de coordination salariée.

Les travaux sont menés dans le cadre de groupes de travail appelés commissions, constituées par profession ou par thématique. Le réseau dispose également de personnel salarié pour la coordination du diagnostic anténatal, ainsi que pour la coordination du réseau de suivi des enfants vulnérables (nés prématurés ou hospitalisés en période néonatale) : c'est le réseau « Grandir ensemble » des Pays de la Loire.

## I.3. Missions

Les missions des réseaux de santé ont été définies dans la circulaire du 30 mars 2006 portant cahier des charges des réseaux de santé en périnatalité [1].

1. Coordonner les acteurs pour une harmonisation des pratiques et une amélioration de la qualité des soins par :
  - la rédaction et la diffusion des recommandations et des référentiels de bonne pratique,
  - la formation des professionnels,
  - l'évaluation des pratiques,
  - la mise en place d'annuaires des professionnels.
2. Organiser l'offre et les parcours de soins par :
  - la définition des protocoles de dépistage ou de prise en charge,
  - la participation à la définition des besoins régionaux,
  - une régulation professionnelle de l'activité (ex. : agrément des échographistes pour le dépistage de la trisomie 21).

3. Évaluer l'activité dans le domaine de la périnatalité par :
  - le suivi de l'activité des maternités et services de néonatalogie,
  - la synthèse des données épidémiologiques relatives à la région,
  - la réalisation d'enquêtes épidémiologiques spécifiques (ex. : allaitement maternel),
  - la mise en place de recueils de données spécifiques sur la région (ex. : Grandir ensemble, diagnostic anténatal).
  
4. Participer à des actions de prévention par :
  - l'information des professionnels de la périnatalité sur les données récentes des publications scientifiques,
  - la mise à disposition d'outils d'information et de dépistage auprès des professionnels,
  - l'édition des documents d'information à destination des femmes enceintes et leur entourage.

## II. LES DOMAINES D'ACTIVITÉ

Ayant pris l'habitude de travailler ensemble au sein d'un réseau régional, les professionnels ont progressivement élargi le champ du réseau des transferts *in utero* vers l'ensemble des problématiques de la périnatalité : suivi de la grossesse, diagnostic anténatal, accouchement, suites de couches, soins au nouveau-né en maternité, néonatalogie, allaitement maternel, conduites addictives, parentalité, mais aussi suivi des nouveau-nés vulnérables.

### II.1. Les journées scientifiques

Organisées depuis 1997, et le plus souvent à La Baule, elles d'adressent à tous les professionnels de la périnatalité. Organisées au début sur trois jours, puis sur deux jours en novembre (un jeudi et un vendredi), elles comptent en général autour de 200 inscrits et les orateurs de la région et de toute la France interviennent pour environ 20 à 30 communications. Les recommandations des sociétés savantes (CNGOF en particulier), les recommandations du réseau, ainsi que les résultats des enquêtes sont régulièrement présentées. Un livret des

communications scientifiques est mis à disposition des participants. Les diaporamas sont consultables sur le site internet.

## **II.2. Le staff inter-maternité**

Mis en place en 2000, il s'agit d'une revue de morbidité-mortalité (RMM) avant l'heure. Des dossiers sont présentés de manière anonyme (pour les patients, professionnels et maternité) par des rapporteurs et discutés ensuite. Au début réservé aux seuls médecins, il s'est élargi en 2006 à l'ensemble des professionnels. Des experts, médecins ou juristes, ont été invités depuis plusieurs années. Des enseignements en ont été tirés au fil des années.

Cette organisation a aidé à la mise en place des RMM dans les maternités : en 2011, 19 maternités ou services de néonatalogie sur 24 ont organisé de telles séances.

Au chapitre des limites d'une telle revue, certains font remarquer que ce sont les mêmes types de dossiers qui sont discutés : anomalies de l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal (ERCF) non reconnues avec ou sans conséquences néonatales, difficultés de prise en charge des nouveau-nés...

## **II.3. Les journées des CPDPN**

Mises en place en 2001, les journées sont organisées avec les trois centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN) de la région (CHU Nantes, CHU Angers, CH Le Mans) alternativement dans les trois villes. Les programmes sont disponibles sur le site. À signaler qu'un budget est mis à disposition par l'ARS pour ces journées et la coordination.

## **II.4. Les journées thématiques**

Des journées thématiques sont organisées depuis 2006 : allaitement maternel, conduites addictives, parentalité. Ce sont les commissions qui décident des programmes et organisent les journées. Les enquêtes de satisfaction font état d'opinions favorables.

## II.5. Élaboration de recommandations

La méthode repose sur le consensus d'experts appuyé si besoin sur les référentiels d'autres réseaux ou les référentiels nationaux ou internationaux. La transmission de recommandations ne suffit pas à améliorer les pratiques (changement de comportement). La pratique d'audits qui consistent à vérifier si les recommandations sont suivies, à l'aide de critères précis et peu nombreux, est un moyen efficace pour changer les pratiques. Les domaines étudiés concernent les ressources, les procédures et les résultats. Les techniques ont été l'étude sur dossier, l'observation directe ou la déclaration.

## II.6. Suivi des indicateurs majeurs de la périnatalité

Depuis 2005, des indicateurs majeurs dans chaque maternité sont recueillis par les cadres sages-femmes. Ces critères sont obtenus à partir des (rares) systèmes d'information informatisés, du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et le plus souvent à partir du cahier d'accouchement « à la main ».

## II.7. Déclaration des EIG (événements indésirables graves)

Depuis 2011, et à la suite du PHRC OPÉRA, les EIG maternels et néonataux sont à déclarer à la coordination du réseau.

## III. MISE EN PLACE DE LA COMMISSION « IVG »

Le domaine des IVG n'était pas explicitement envisagé dans les années 2000, malgré un cahier des charges des réseaux de santé en périnatalité (RSP) de 2006 qui prévoyait la coordination et l'organisation de l'accès à l'IVG [1] : « *Les professionnels du réseau s'informent auprès de la permanence régionale d'information relative à l'IVG et à la contraception, de l'organisation mise en place pour répondre à une demande d'IVG. Ainsi ils pourront réorienter les femmes qui en font la demande par le biais du réseau, vers la structure la plus adaptée, que ce soit un établissement de santé, ou auprès d'un médecin de ville pratiquant des IVG médicamenteuses. Le réseau informe par ailleurs des possibilités d'accès à une*

*prise en charge psychologique et réoriente la patiente vers les structures organisées concernées ».*

Dans ces conditions, ce n'est qu'en 2012 qu'une commission spécifique s'est mise en place en réunissant les professionnels (médecins, psychologues, conseillères conjugales...) des centres d'IVG. L'objectif de ce travail est d'analyser les intérêts et les contraintes de cette mise en place, et de présenter les travaux de cette commission depuis deux années.

Il a été décidé en 2012, avec l'aide active du médecin coordinateur, de mettre en place une commission IVG pour traiter de tous les sujets relevant de l'orthogénie, contraception, IVG au sein du réseau, affirmant ainsi la vocation des soignants de périnatalité à intervenir auprès des femmes avec ces demandes. Cela est paru important car les 200 000 femmes concernées par an en France par l'IVG (8 000 en Pays de la Loire) ne sauraient être tenues comme différentes ou ne relevant pas de la même hauteur d'exigence de soins. À l'issue de la première année de travail de cette commission, nous avons obtenu du bureau du réseau un créneau de séance plénière lors des 17<sup>es</sup> journées scientifiques. C'est ainsi que le Dr Branger, pour le réseau, a présenté l'organisation et l'épidémiologie de l'interruption volontaire de grossesse en Pays de la Loire. Nous avons invité deux confrères parisiens, Sophie Gaudu (Kremlin-Bicêtre) et Philippe Faucher (Bichat), qui sont intervenus respectivement sur éthique et IVG et travail en réseau.

Cette expérience a été intéressante puisque, bien qu'en fin d'après-midi, cette séance a été suivie par la quasi-totalité des congressistes présents et représentant toutes les fonctions de soignants dans la sphère de périnatalité.

### **III.1. Exemples de travaux**

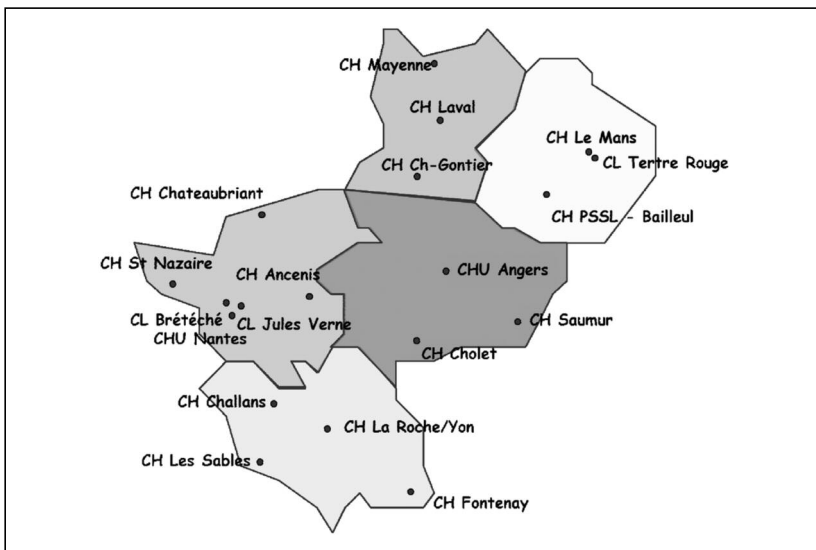
Les références des actes en lien avec l'IVG ont été constituées des textes de la Haute Autorité de santé (HAS) datant de 2001 [2] et de 2010 [3]. Les données ont été analysées au regard des données publiées par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) [4, 5], et du ministère de la Santé [6, 7].



### *Listing des centres et activités*

Le premier acte a été de constituer un listing des centres et des professionnels. À ce jour, la liste est composée de 19 centres. Une carte des centres est montrée à la figure 1.

Figure 1 - Centres d'IVG dans les Pays de la Loire



### *Épidémiologie*

Dans un second temps, le nombre d'IVG réalisées par centres a été recueilli soit directement auprès des responsables des centres, soit par la statistique d'activités des établissements (SAE), ou à partir du PMSI régional (Figure 2). C'est ainsi qu'environ 8 400 IVG ont été colligées, représentant 16 % des accouchements de l'année.

L'évolution des IVG montre une progression au fil des années (Figure 3), mais la population et les accouchements des Pays de la Loire ont progressé sur ces mêmes années. Au final, le ratio des IVG par rapport aux accouchements montre une légère ascension aux environs de 16 % (Figure 4).

Figure 2 - Nombre d'IVG par centre en 2013 (sources : déclaration des centres)

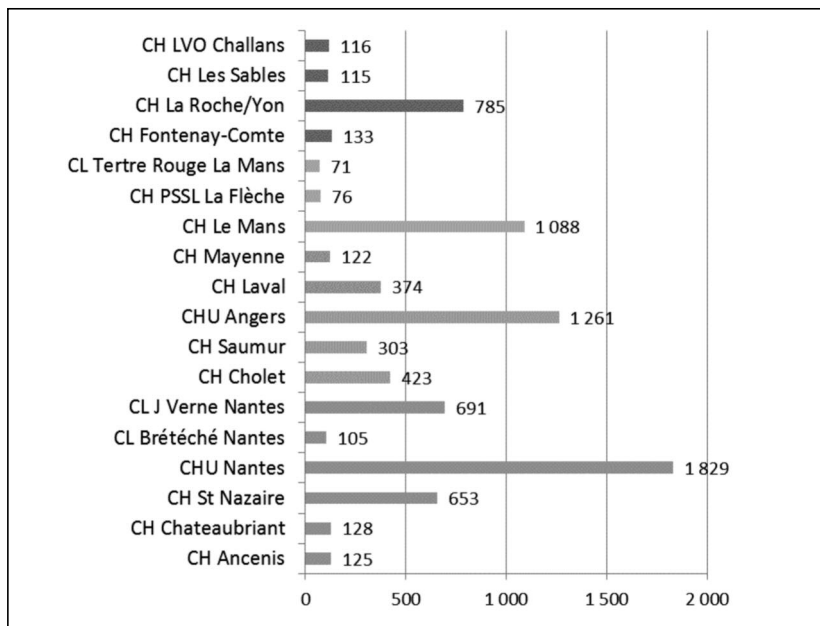


Figure 3 - Évolution des IVG (sources SAE et déclaration)

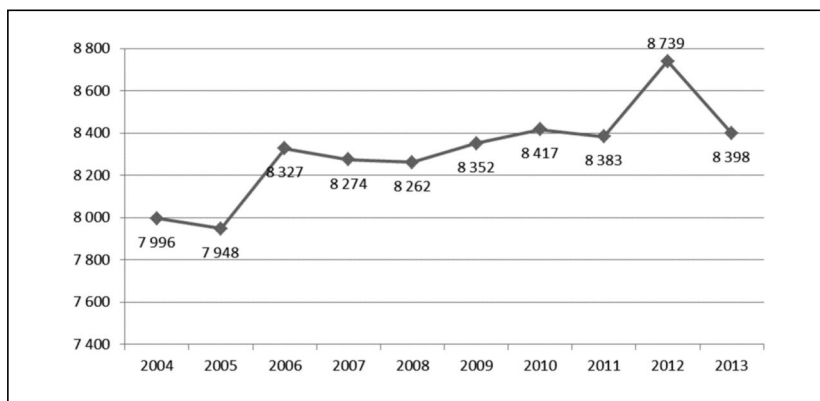
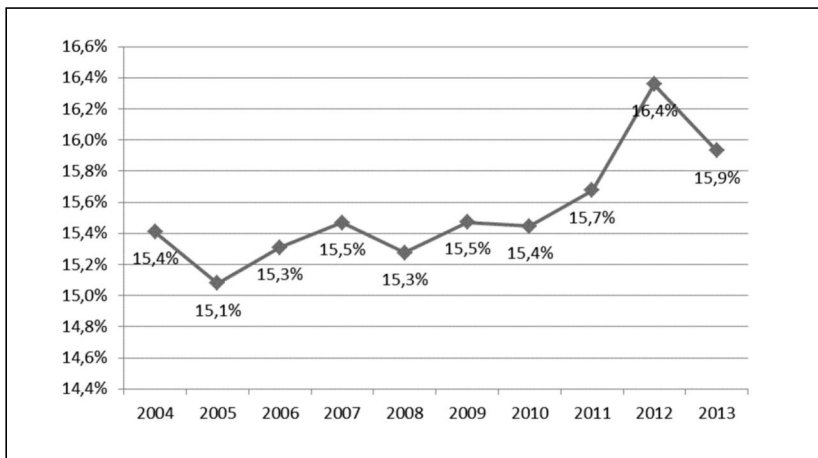


Figure 4 - Évolution des ratios IVG/accouchements (sources SAE et PMSI)



Les IVG sont réalisées en moyenne à 8 SA et environ 5 % sont réalisées à 13 et 14 SA (Figure 5). On observe une progression des méthodes médicamenteuses avec un taux de 43 % en 2013 (Figure 6).

Figure 5 - Âge gestationnel en SA des IVG (sources PMSI 2013)

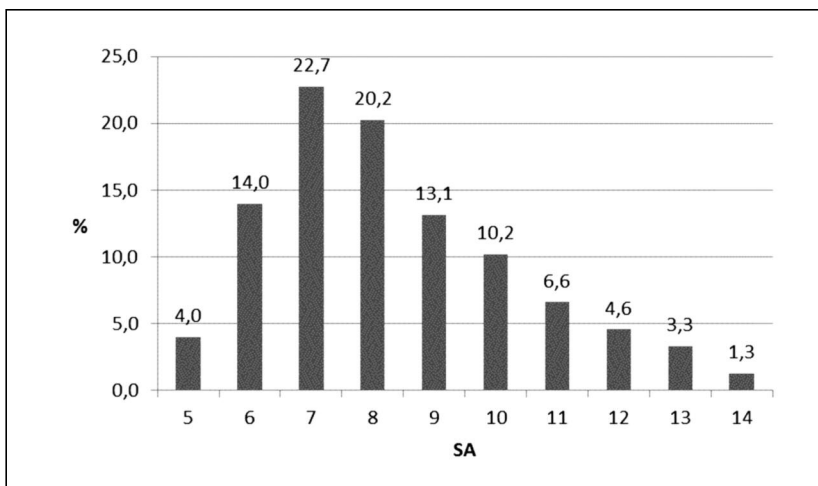
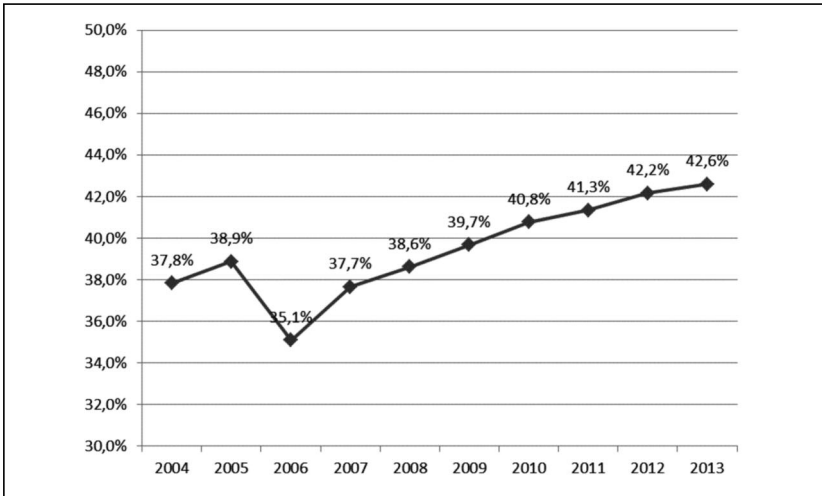
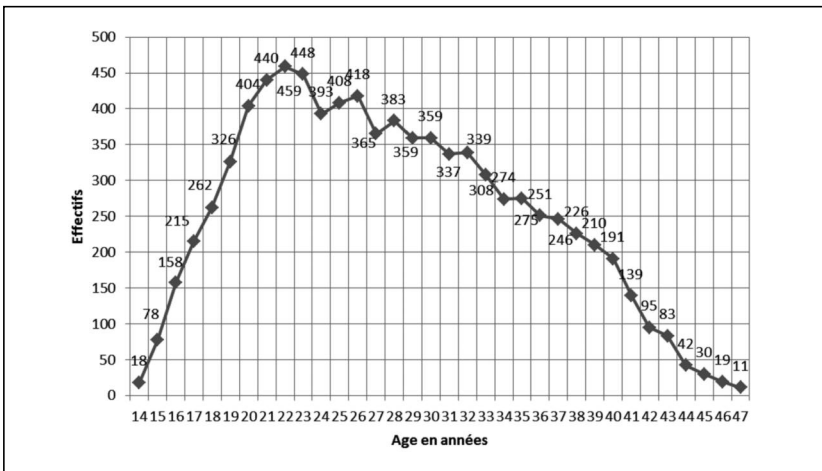


Figure 6 - Méthode médicamenteuse/ensemble des IVG selon l'année (sources SAE et PMSI)



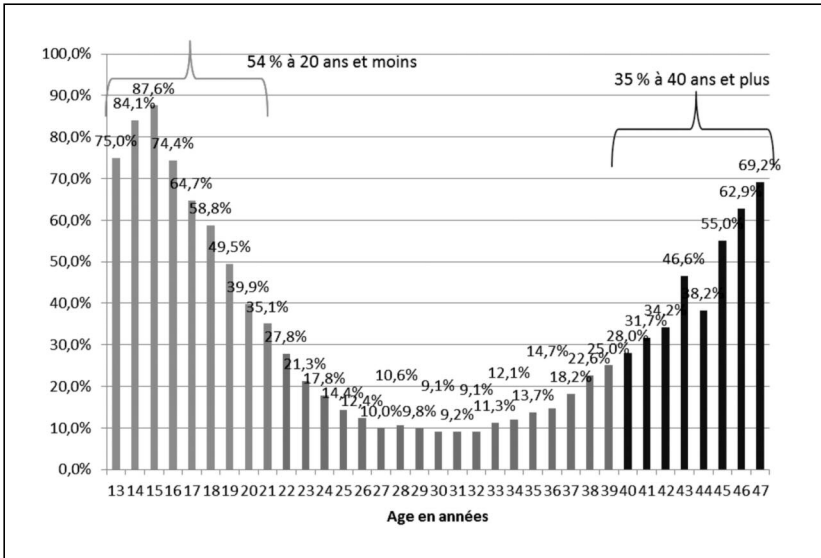
La répartition des âges des femmes montre (Figure 7) une proportion d'IVG faites à 18 ans et moins de 9 %, et des 20 ans et moins de 17 %. Les IVG à 40 ans et plus représentent 7 % de l'ensemble des IVG.

Figure 7 - Répartition des âges des femmes (sources PMSI)



La figure 8 montre que 54 % des conceptions donnent issue à des IVG à 20 ans et moins, et 35 % à 40 ans et plus.

Figure 8 - Ratio IVG/grossesses selon l'âge (sources PMSI)



### III.2. Échanges de pratiques

Par la suite, à l'occasion de réunions trimestrielles présidées par un médecin responsable, des échanges de pratiques ont eu lieu permettant de connaître les parcours et les soins. Il a été ainsi observé des différences de moyens et de ressources selon les centres :

- délais variables d'accès à partir du 1<sup>er</sup> rendez-vous ;
- opérateurs de spécialités variables : médecins généralistes ou gynécologues-obstétriciens ;
- méthodes d'anesthésie différentes en fonction des habitudes et des disponibilités des anesthésistes ou des obstétriciens ou des plages d'accès aux blocs opératoires ;
- non-respect dans certains centres du référentiel de la HAS...

### III.3. Déclaration des événements indésirables graves (EIG)

En raison de dysfonctionnements constatés, et pour connaître les accidents ou « presqu'accidents » rares mais qui pourraient se répéter dans les centres, un recueil des EIG a été mis en place. Sur les 6 premiers mois de 2014, 51 EIG ont été signalés au réseau, sur 6 centres ; un taux d'incidence peut être calculé sur ces 1 500 IVG dans ces 6 centres : environ 1 % des actes pratiqués.

La plupart des cas étaient en lien avec des entraves à l'accès à l'IVG par un délai de rendez-vous trop long, des refus de consultations d'anesthésie, des refus d'accueil, ou des refus de médecins d'établir un certificat. Dans un centre, les absences de choix d'anesthésie étaient permanentes. Pour les complications ont été signalés un échec, deux hémorragies et une infection.

#### *Enquête de satisfaction des femmes*

Une enquête qualitative de satisfaction a été organisée en 2014. Treize centres sur les 19 ont proposé une grille aux femmes qui venaient au centre pour une IVG. Trois cent dix-neuf questionnaires ont été analysés. Le 1<sup>er</sup> appel au centre se faisait en moyenne à 6 SA, le 1<sup>er</sup> rendez-vous 7 jours après vers 7 SA et l'acte était réalisé 9 jours plus tard vers 8,3 SA. Les professionnels du 1<sup>er</sup> contact étaient variables selon les centres : en moyenne le généraliste était concerné dans 38 % des cas, les centres de planification et les planning familiaux dans 28 %, le centre directement dans 22 %, et les gynécologues ou gynécologues-obstétriciens dans 9 % (autres 3 %). La satisfaction de ces premiers contacts était bonne avec 90 à 95 % de satisfaites et très satisfaites (sauf pour l'attente où le taux était à 62 %).

Les méthodes étaient basées dans 40 % sur l'IVG médicamenteuse, 46 % d'anesthésie locale et 14 % d'anesthésie générale. Pour l'acte lui-même, la satisfaction était bonne avec des taux autour de 95 % pour l'intimité, le respect, l'attention, la réassurance, les explications données ou la confidentialité (sauf pour l'attente également).

La douleur ressentie était indépendante de la technique avec une moyenne de 4 sur une échelle EVA et 38 % de score > 4.

Au total, 89 % des femmes sont plutôt d'accord sur le fait d'avoir été bien prises en charge, 7 % n'ont pas eu d'opinion tranchée, et 4 % n'ont pas répondu. La moyenne de satisfaction sur 20 était de 18 avec des écarts selon les centres de 15 à 19.

Des remarques qualitatives ont été faites avec, en particulier, des réserves sur la localisation de la salle d'attente (avec d'autres femmes pour d'autres actes, ou même dans la maternité...). Au total, une telle

enquête permet de montrer que les femmes dans les Pays de la Loire sont satisfaites des prises en charge de l'IVG.

#### IV. LIEN AVEC LE « RÉSEAU SANTÉ SEXUELLE » DES PAYS DE LA LOIRE

Depuis 2013, un nouveau réseau en Pays de la Loire a été organisé sous l'égide de l'ARS. Ce réseau a pour but, conformément à la charte d'Ottawa, de participer à l'amélioration du bien-être affectif et sexuel de la personne par le développement et la promotion d'une approche globale en termes de santé publique, positive et non normative de la santé sexuelle. Plus précisément, il s'organise autour de la coordination des acteurs investis sur le champ de la santé sexuelle dans la région des Pays de la Loire, et de la prise en compte des problématiques sociales, économiques, culturelles, sanitaires et préventives liées à la vie sexuelle et affective, et ainsi de favoriser la fluidité et la qualité du parcours de soins des usagers. Il veut être force de propositions sur la prévention, le soin et l'éducation en santé sexuelle afin de pallier l'hétérogénéité territoriale et d'offrir sur l'ensemble du territoire les conditions d'un accès égal et effectif aux droits et au choix.

#### CONCLUSION

Le travail de la commission « IVG » du réseau de périnatalité a permis de faire un état des lieux, de faire un inventaire des difficultés rencontrées, observées par les professionnels dans le cadre d'activité d'orthogénie, d'établir un questionnaire de satisfaction des patientes (permettant de recouper les observations des professionnels sur les différents dysfonctionnements de l'organisation de l'offre de soins pour l'IVG).

Ce travail est reproductible pour chaque réseau et chaque région, et permettrait ainsi de réaliser une juste cartographie nationale de l'IVG sous le contrôle des professionnels du terrain. Par ailleurs, la commission travaillera en son sein les différents protocoles autour de l'IVG avec édition, comme dans les autres secteurs de la spécialité, des référentiels de bonnes pratiques.

On peut penser qu'en lien avec la commission IVG du CNGOF le réseau périnatal des Pays de la Loire (imité par d'autres) puisse être un relais de terrain efficace pour les protocoles de recherche en orthogénie promus par le CNGOF. Nous articulons ce travail pour les Pays de la Loire avec celui du « Réseau de santé sexuelle » (RSS) mis en place par l'ARS en 2013.

Le médecin coordinateur du RSS est présent lors de nos rencontres de la commission, ce qui évite les répétitions, inutiles, et au contraire amplifie l'axe de nos futurs travaux.

Il paraît essentiel que ce travail soit réalisé dans le cadre du « Réseau sécurité-naissance » car nous savons que dans les pays où l'IVG est illégale, ou entravée, la mortalité maternelle est la plus élevée.

L'orthogénie n'est donc pas à côté, ou en dehors, de la réflexion de périnatalogie.

C'est pourquoi et à l'aune de ce que met en place la commission IVG pour le CNGOF, le travail de la commission du réseau permet aux gynécologues-obstétriciens de comprendre que l'IVG doit faire partie intégrante de leurs réflexions sur les soins qu'ils apportent aux femmes.

La formation des internes est essentielle et si l'excellence des soins qu'ils doivent porter, en obstétrique, en chirurgie, en AMP (aide médicale à la procréation), etc. est requise, elle l'est aussi dans le domaine de l'orthogénie ; qui ne doit plus être considérée comme secondaire (au mieux) ou dégradante (le pire).

Les femmes qu'ils seront amenés à prendre en charge pour leur infertilité, leur cancer, leur accouchement difficile, sont les mêmes qui les solliciteront pour l'interruption d'une grossesse non prévue.

C'est donc par cette considération éthique que nous concluons : pour soutenir que la médecine se rehausse, si, au-delà de ses techniques, elle soutient la parole du patient, des femmes en l'occurrence.

Elles seules doivent dicter leur propre loi - leur autonomie - pour ce qui concerne leur corps, leur grossesse. Ensuite, la qualité des soins ne doit pas exclure certains secteurs de la pratique médicale et il faut donc avoir la même exigence en orthogénie que pour les autres champs de la gynécologie-obstétrique ; exigences quant au choix des femmes quant aux modalités de réalisation de l'IVG.

Pour des raisons de bienfaisance - non-malfaisance des soins, de justesse de distribution - il faut veiller à maintenir une organisation de l'offre de soins en orthogénie qui puisse permettre en toutes circonstances et en tous lieux de répondre à ces critères de qualité et d'éthique.



## Bibliographie

- [1] Ministère de la Santé. Circulaire DHOS/O1/O3/CNAMTS n° 2006-151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité. 2006. <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/2006-2004/a0040022.htm>.
- [2] HAS. Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines. Mars 2001: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_271973/fr/prise-en-charge-de-l-interruption-volontaire-de-grossesse-jusqu-a-271914-semaines?xtmc=&xtcr=271971](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271973/fr/prise-en-charge-de-l-interruption-volontaire-de-grossesse-jusqu-a-271914-semaines?xtmc=&xtcr=271971).
- [3] HAS. Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse. Décembre 2010. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1149335/fr/prise-en-charge-de-livg-medicamenteuse?xtmc=&xtcr=1149335](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1149335/fr/prise-en-charge-de-livg-medicamenteuse?xtmc=&xtcr=1149335).
- [4] Ministère de la Santé, DREES. Les interruptions volontaires de grossesse en 2012. Études et résultats 2014;884:6.
- [5] Vilain A, Mouquet MC, Gonzales L, de Riccardis N. Les IVG en 2011. Études et résultats 2013;843:1-6.
- [6] Ministère de la Santé. Règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé - IVG. <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/IVG-2pdf> 2009:8 pages.
- [7] Ministère de la Santé. IVG. <http://www.sante.gouv.fr/ivg>.