

## Groupe plan stratégique : Prise en charge des IVG à l'AP-HP

**Pilote du groupe :** François Crémieux

**Participants au groupe de travail:** Dr Malika Amellou (Saint-Louis), Dr Dominique Boubilley (Louis Mourier), Dr Claire Nguyen (Jean Verdier), Dr Laurence Danjou (Bicêtre, présidente de l'ACRN-AP), Dr Philippe Faucher (Trousseau), Nathalie Peltier (Antoine Béchère), Pr François Goffinet (Cochin, Président de la Collégiale des gynécologues obstétriciens), Dr Philippe Larmignat (Avicenne), Marion Lopez (Bicêtre), Dr Philippe Majorel (Lariboisière), Dr Julien Ighil (Pitié-Salpêtrière), Pr Laurent Mandelbrot (Louis Mourier), Dr Michel Teboul (Cochin), Laure Wallon (Jean Verdier), Pr Marc Dommergues (Pitié-Salpêtrière), Dr Jean Guillemot (Corentin Celton/HEGP), Dr Stéphanie Pozzi-Gaudin (Antoine Béchère), Dr Frédérique Lavis (Avicenne), Annie Carron (Saint-Antoine), Dr Elisabeth Carricaburu (Siège-DOMU), Pascale Machon (Siège-DOMU), Audrey Cormerois (Siège-DOMU).

**Méthode :** Deux réunions se sont tenues les 20 février et 11 mars 2015 ; après un état des lieux et un exposé des problématiques, quatre thèmes ont été retenus et des pistes d'actions proposées.

Le but de ce groupe est de formuler des préconisations sur ce que devra être la prise en charge des IVG à l'AP-HP en 2020.

Les groupes hospitaliers s'organiseront pour répondre à cette demande dans le cadre ci-dessous défini.

### Etat des lieux de la prise en charge des IVG à l'AP-HP :

L'AP-HP exerce cette activité actuellement sur **15 sites** : CCH, LMR, PSL, LRB, BCT, ABC, CCL/EGP, JVR, BCH, AVC, TNN, BJN, SLS, TRS, RDB, qui ont réalisé **12 839 IVG en 2013**. L'AP-HP a mis en place une structure de régulation pendant les périodes de fermeture estivale.

Depuis 1996, l'activité a augmenté de 12 %, et l'offre de l'AP-HP, malgré la fermeture du centre de Saint-Antoine en février 2012, a connu une croissance de 3% de 2012 à 2013.

### **Les techniques employées :**

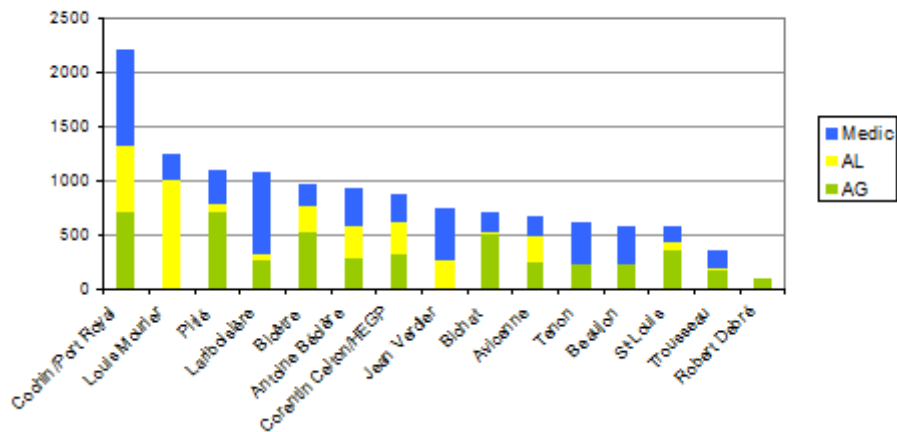
#### **Les IVG instrumentales (sous AG ou anesthésie locale) :**

IVG sous anesthésie générale : elles sont en baisse, mais représentent en 2013, 4711 IVG, soit 38% des IVG pratiquées et 60 % des IVG instrumentales.

IVG sous anesthésie locale : elles sont en augmentation. En 2013, 3172 IVG ont été réalisés sous AL, c'est 26% de l'activité globale et 40% des IVG instrumentales.

**Les IVG médicamenteuses** : depuis 1996, les IVG médicamenteuses ont augmenté de 104%. En 2013, le recours à cette pratique représente 39% du volume des IVG, soit 4956 IVG. De 2012 à 2013, leur nombre a augmenté de 400. La pratique des IVG médicamenteuses s'est beaucoup développée en ville, grâce notamment au réseau REVHO, les médecins de ville conventionnant avec les hôpitaux. Au total, en 2013, 147 médecins conventionnés ont réalisé 3860 IVG en ville.

Techniques employées par hôpital en 2013



### Activité d'IVG pratiquée entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée :

1267 actes ont été réalisés après 12 semaines d'aménorrhée, soit 10 % de la totalité des IVG réalisées à l'AP-HP. Cependant, cela représente plus de 40% des IVG réalisées à ces termes au sein de la région. Les équipes de l'AP-HP jouent ici leur rôle de recours.

**Pratique de l'IVG chez les mineures :** 608 mineures ont été prises en charge en 2013, représentant 5 % de l'activité totale d'IVG 2013 de l'AP-HP. Ce nombre est en diminution par rapport à 2012 (730 mineures prises en charge soit - 122 actes).

**Délais de prise en charge :** en 2013, le 1er RDV est donné à 8 jours et la prise en charge à 15 jours.

**CPOM :** dans le cadre du CPOM négocié entre l'ARS-IF et l'AP-HP, plusieurs engagements sont attendus sur la prise en charge des IVG :

Maintien de l'offre d'IVG de l'AP-HP dans les GH où il y a des centres d'IVG.

Maintenir un dispositif spécifique de coordination intra AP-HP en période estivale.

Elaboration de protocoles pour la prise en charge des IVG entre 12 et 14 SA.

Positionnement des équipes par rapport aux projets soutenus par l'ARS :

- FRIDA Favoriser la réduction des inégalités d'accès à l'avortement: progresser dans le renseignement de l'outil régional FRIDA (affichage de l'offre de soin).
- Adhésion systématique des centres AP-HP au REVHO (réseau ville hôpital pour l'orthogénie): actuellement, Tenon, Corentin HEGP, Avicenne, Jean Verdier et n'en font pas partie.

### 1er thème : Ressources Humaines

#### Problématiques :

Compte tenu de la disparité des organisations, nous ne disposons pas de données précises sur le temps médical consacré à l'orthogénie, ni sur le nombre de praticiens impliqués, mais le modèle de fonctionnement qui a reposé sur l'implication exceptionnelle d'un nombre limité de professionnels ne pourra perdurer. La relève générationnelle est un enjeu de santé publique de premier ordre.

Il s'agit, à minima, renouveler les compétences humaines disponibles en volume à ce jour. Comment s'en donner les moyens : contrats, PH temps partiels, attractivité.

A court terme, au delà de la problématique générale, problème spécifique de renouvellement des responsables de centres d'orthogénie.

Pour le personnel médical, pour accéder au statut de praticien contractuel, il est maintenant nécessaire d'avoir la qualification du service dans lequel est affecté le poste, soit le plus souvent la gynécologie obstétrique ou être titulaire d'un D.U. en rapport avec la spécialité.

Cette mesure, qui n'est pas spécifique à l'AP-HP ni à cette spécialité pose problème pour le recrutement de médecins généralistes dans les centres d'orthogénies. Cet effet « collatéral » n'était pas dans l'esprit du texte régissant le statut de contractuel.

Les demandes de création postes de PHTPA ou de contractuels ne sont pas souvent retenues par les différentes instances (pôles, CMEL....) en raison de l'activité jugée parfois non prioritaire et des profils des candidats, souvent médecins généralistes, n'ayant pas nécessairement les titres et travaux attendus pour d'autres spécialités.

#### Pistes d'action :

- Lever les obstacles au recrutement de médecins et proposer des statuts attractifs, à fortiori pour recruter des responsables d'unité
- Accès au statut de PHC : Il est proposé une action de l'AP-HP auprès du Ministère de la Santé afin de maintenir l'accès de médecins généralistes à ce dispositif qui fonctionnait bien. En effet, des gynécologues obstétriciens, des médecins généralistes, et lorsque cela sera autorisé, des sages-femmes contribuent à la réalisation des activités d'orthogénie.
- Le seuil de 40 % de quotité de travail minimal pour les contrats est également un frein au recrutement de praticiens ayant des activités extérieures. Il a été annoncé par la Ministre de la Santé un abaissement de ce seuil. L'AP-HP devra être vigilante sur le fait que cette mesure puisse s'appliquer aux centres d'orthogénies de l'AP-HP.
- L'importance d'une formation des internes de gynécologie obstétrique à l'orthogénie, allant au-delà de la simple réalisation du geste d'IVG est soulignée. Le passage au cours des stages au sein des centres ou unités d'orthogénie afin d'appréhender cette activité dans toutes ses composantes paraît indispensable. La collégiale de gynécologie obstétrique pourrait appuyer cette démarche, en lien avec le coordonnateur du DES
- Proposer à la CME de flécher à la révision des effectifs au moins un poste de PHTPA par an,
  - o sur un projet : intérêt d'avoir un responsable d'UF qui coordonne l'activité, le cas échéant au sein d'un GH
  - o et un candidat, spécialiste ou généraliste. Les médecins généralistes peuvent passer le concours de PH, dans la spécialité de médecine générale ; il n'existe pas d'obstacle réglementaire à ce qu'ils prennent un poste dans un centre d'orthogénie de l'AP-HP, mais la CME a été jusqu'alors réticente à engager des médecins généralistes dans les services de spécialité du CHU
- L'importance de la présence de conseillères conjugales permettant un accompagnement des patientes est rappelée et le maintien de cette fonction sur des cadres d'emploi existants ou des contrats spécifiques est préconisé. Le recrutement de ces professionnels peu nombreux devrait être fluidifié.
- Solliciter la collégiale des sages-femmes pour réaliser un état des lieux et émettre des propositions d'organisation impliquant la profession en matière d'IVG

## **2ème thème : Organisation de l'offre**

### Problématiques :

Proposer une offre territoriale avec un parcours sécurisé pour les patientes :

- Pour garantir aux femmes l'accès à l'IVG, de manière équilibrée sur le territoire d'IdF, selon la technique de leur choix.
- En prenant appui sur le cahier des charges ARS.

Organisation retenue pour l'activité d'orthogénie à l'AP-HP, garantie de la continuité des soins 365 jours par an et proposition des différentes techniques à l'échelon hôpital ou GH. Confirmer dans les établissements de santé la pratique de l'IVG prioritairement par la méthode chirurgicale qui ne peut être réalisée ailleurs, ce qui implique le maintien des capacités chirurgicales existantes. Mise en place

au sein de certains centres de salles permettant de réaliser des IVG sous anesthésie locale. Relecture critique du cahier des charges ARS et élaboration d'un socle commun AP-HP minimal. Positionnement AP-HP sur l'outil FRIDA.

Pistes d'action :

Un débat, non entièrement tranché, a eu lieu sur la nécessité de réaliser une activité d'orthogénie dans tous les services de gynécologie obstétrique de l'AP-HP. Les questions du faible volume d'IVG à Robert Debré et de l'absence de cette activité à Necker, qui est un service d'obstétrique sans gynécologie, restent posées. Cette question stratégique est posée aux instances : des centres de périnatalité de l'AP-HP peuvent ils avoir une activité d'IVG faible, voire nulle? L'imposer sans en faire une orientation stratégique forte conduirait à des centres peu motivés, mal organisés. Accepter qu'ils perdurent renforce la charge des autres et entretient l'idée d'une activité « optionnelle ». Une réponse des deux établissements sur leur stratégie en ce domaine est attendue.

Inclure un volet "orthogénie" à toute candidature aux fonctions de chef de service de gynécologie obstétrique de l'APHP et dans les contrats de pôles, incluant un volet ressources médicales

Pour la répartition de l'offre de soin, il paraît difficile, pour cette activité qui doit préserver une certaine proximité et a un caractère politique sensible compte tenu de son histoire, d'envisager des regroupements. Cependant, un travail sur un volume optimal d'actes pour une masse critique suffisante pourrait éclairer certains choix de réorganisation.

Au sein de la région, il est difficile d'évaluer la demande, qui semble actuellement satisfaite dans les secteurs où l'AP-HP est implantée. Le caractère très variable et irrégulier de la demande est également rappelé.

- Sur ce thème, il est proposé de mettre en place un dispositif permettant que toute patientes s'adressant à l'Assistance Publique pour une demande d'IVG soit orientée en fonction de la technique souhaitée et du terme, que ce soit dans l'hôpital contacté ou un autre établissement pouvant répondre à la demande. La garantie d'une prise en charge dans un délai de 8 jours fera partie des objectifs de cette organisation. Un point de contact sera organisé avec l'ARS afin d'élaborer une clause permettant de ne pas augmenter la part des IVG réalisées par l'AP-HP, qui ne pourrait répondre à une forte augmentation de la demande → Création d'un dispositif APHP « parcours IVG garanti », dans un parcours de soins AP-HP

Le dispositif pour répondre à cet objectif pourrait être une extension à l'année du dispositif estival : un agent collige les capacités des centres et reçoit les demandes que les centres ne peuvent accepter, en vue de les réorienter. Un lien est ainsi créé entre les centres, permettant également de mettre à disposition les places laissées vacantes à court terme. La nécessité de mettre en place un outil informatique commun aux centres d'orthogénie de l'AP-HP devra être rapidement évaluée.

- Un socle commun AP-HP (« cahier des charges » IVG), garantissant des objectifs qualité, mais laissant les modalités d'organisation à l'initiative des hôpitaux, va être transmis en réponse au projet de cahier des charges régional de l'organisation de l'activité d'IVG proposé par l'ARS. Ces propositions constituent la base organisationnelle à retenir pour les centres de l'AP-HP (document en annexe 1). Parmi les points saillants :

- le bénéficie d'installer, là où il est possible de le réaliser au sein des locaux d'orthogénie une salle permettant de réaliser les IVG sous anesthésie locale, est rappelé.
- En ce qui concerne les accès aux blocs opératoires, le droit commun concernant l'organisation de la chirurgie ambulatoire s'applique aux IVG et les discussions au sein des conseils de blocs doivent tenir compte les contraintes de cette spécialité, au même titre que les autres.

- L'AP-HP reprend à son compte la nécessité d'un accueil dédié avec du personnel formé à cette activité, les modalités étant définies localement.
- La formalisation de la prise en charge des termes tardifs, demandée par l'ARS, sera élaborée par les professionnels site par site.
- La question de la structure administrative idéale des unités d'orthogénie (UF, service,...) n'est pas un sujet pour les praticiens de l'AP-HP et chaque équipe trouvera localement l'organisation optimale.
- En ce qui concerne les techniques offertes aux patientes, l'objectif suscité d'accompagner les patientes jusqu'à l'obtention d'un rendez-vous dans les délais nécessaires et avec la technique qui leur convient permet d'envisager une réponse par territoire de santé et non nécessairement par site.

### 3ème thème : Droit des patientes

#### Problématiques :

Renforcer le droit à l'anonymat, garantir la gratuité :

- La gratuité se perd dans la sédimentation de plusieurs dispositifs : AME, CMU, étudiants, mineurs, etc, et la variabilité des pratiques des services administratifs. Les modalités de prise en charge financière, notamment pour les populations spécifiques sont complexes. Prise en charge des patientes non assurées sociales régie par la circulaire du 10 janvier 2000 relative à l'aide Médicale d'Etat, abrogée depuis la circulaire du 27 septembre 2005, mais toujours effective dans certains hôpitaux de l'AP-HP (en 2014, 846 femmes domiciliées à Paris en ont bénéficié).

Circulaire du 27 septembre 2005 non effective, car renvoie à la circulaire des Soins Urgents du 16 Mars 2005 : non adaptée aux femmes demandant une IVG → ne concerne que les femmes étrangères en situation irrégulière → Impossible à mettre en œuvre au regard des délais.

- L'anonymat est mis à mal techniquement par ORBIS (identité unique APHP) : **question absolue de sécurité pour les femmes**. La solution évoquée de prise en charge des IVG « sous X », à l'instar de ce qui existe pour les accouchements, ne semble pas pertinente car juridiquement complexe.

#### Pistes d'action :

- Prise en charge financière des patientes : En l'état actuel de la réglementation, des remboursements sont effectués par les CPAM, alors même que le dispositif utilisé d'AME IVG n'est plus réglementaire. Il est proposé de mobiliser la DEFIP, voire le ministère, pour réfléchir à une simplification des dispositifs autour des principes de la circulaire de 2000 et harmoniser les pratiques sur les sites (responsables frais de séjour – traitements Externes / Conseillères conjugales / services sociaux Hospitaliers).

- Anonymat : à terme, le déploiement d'Orbis conduira à l'identité partagée par tous les hôpitaux APHP. Par exemple, récupération d'activité AUTOMATIQUE via l'interface entre GLIMS et GILDA TE, risque de factures envoyées au domicile. Mobiliser la DSI pour une réponse technique 100% fiable afin de garantir l'anonymat. (Réunion organisée par la Secrétaire générale été 2015)

### 4ème thème : Amélioration de l'inclusion de l'offre de soins AP-HP au sein de la région

#### Problématiques :

La région IdF est face à des enjeux majeurs :

- La prise en charge des mineures
- La prise en charge des IVG à 12-14 semaines
- La continuité des soins en période estivale

Pour l'AP-HP, il s'agit de mieux insérer notre offre de soins dans la prise en charge régionale, notamment en Seine Saint Denis.

La participation de l'ensemble des sites AP-HP au REVHO (Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie) est souhaitée par l'ARS.

Pistes d'action :

- Les établissements s'engagent à rédiger des protocoles de prise en charge des IVG tardives (consultation d'anesthésie dans les délais rapides, accueil téléphonique, accès au bloc opératoire...). Dans ce cadre, la collaboration des anesthésistes est indispensable et leur Collégiale sera sollicitée sur ce point, ainsi que sur l'ensemble des éléments de ce rapport. La notion d'urgence liée au terme devrait être reconnue par tous.
- Adhésion au REVHO : le centre HEGP/ Corentin Celton n'avait pas jusqu'alors conventionné compte tenu de l'absence d'accueil en urgence en dehors des heures d'ouverture du centre. Ce point ne constitue pas un obstacle et ce centre devrait rentrer dans le REVHO. Restent à travailler : le réseau 93 , Tenon (en cours).
- La proportion de mineures accueillies est très variable selon les centres. Il est précisé que pour ces patientes, les échographies doivent être réalisées à l'hôpital afin de ne pas retarder les prises en charge.
- Pour le département de la Seine Saint-Denis, une plus grande fluidité entre les hôpitaux Avicenne et Jean Verdier, une mise en commun des pratiques seront recherchées (projet d'établissement en cours prenant en compte ces problématiques).
- Maintien de l'organisation estivale AP-HP, dont l'efficacité est démontrée.

## **Organisation des services ou unités d'orthogénie**

Relecture critique du cahier des charges ARS  
et **élaboration d'un socle commun AP-HP minimal.**

### **1. Les moyens dédiés au CIVG**

a) Les locaux

- Unité de lieu spécifique à promouvoir
- Signalétique et fléchage clair avec sigle « IVG »
  - À l'entrée de l'établissement
  - À l'intérieur de l'établissement
  - Dans le livret d'accueil de l'établissement

➔ Incitation à développer l'existence d'une salle d'intervention dédiée aux femmes pour les IVG sous AL dans la même unité, avec salle de repos post-intervention.

- Intégration de l'activité IVG sous AG au bloc opératoire permettant la sortie de la patiente dans la journée
- Chambres avec lit de repos et/ou fauteuil inclinable dans la même unité pour les femmes en IVG médicamenteuse
- Places d'hospitalisation dédiées pour les femmes en IVG sous AG en ambulatoire.

b) Le matériel

Un échographe dans le centre (avec sonde vaginale) et un autre en salle d'intervention.

c) L'accueil téléphonique

Ligne spécifique dédiée

Message téléphonique clair et précis en cas d'absence

d) L'accueil sur place dans un lieu spécifique par du personnel formé et volontaire

### **2. Un parcours de prise en charge complet pour les patientes**

\* Objectif de réponse optimale à la demande : délai entre le 1<sup>er</sup> appel et le 1<sup>er</sup> RDV de consultation doit être égal à 5 jours (Recommandations HAS)

\* 1<sup>ère</sup> consultation pré-IVG : informations claires et précises sur la procédure et les choix offerts de méthode et mise à disposition de documents écrits

- \* La possibilité d'un entretien sur place (dans le CIVG ou dans le service de Gynécologie Obstétrique) avec une conseillère conjugale ou une assistante sociale formée à l'entretien pré IVG est indispensable pour les mineures en demande d'IVG
- \* Le recours à l'échographie possible sur place lors de la consultation
- \* L'information sur le dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles
- \* L'échange sur le mode de contraception actuel et ultérieur
- \* La possibilité de prendre en charge en urgence les femmes entre 13 et 14 SA
- \* L'accompagnement psychologique spécifique doit être proposé et disponible, avec une conseillère conjugale ou une psychologue

### **3. L'organisation interne au sein de l'établissement**

- Projet médical spécifique IVG pour l'unité ou le service, intégré au projet médical du pôle et de l'établissement
- Représentation en CME pour les services spécifiques et les unités fonctionnelles

### **4. Un accès aux différentes méthodes garanti**

- IVG médicamenteuses avec ou sans hospitalisation jusqu'à 9 SA
- IVG instrumentale sous AL ou sous AG (*sauf cas particuliers : Louis Mourier, Jean Verdier ?*)
- IVG prises en charge jusqu'à 14 SA (*sauf Lariboisière ?*)

### **5. Une articulation avec un centre de planification est indispensable**

En interne ou en externe par convention

### **6. Une organisation des IVG médicamenteuses en ville autour du CIVG avec ou sans l'aide du réseau REVHO**

**P. Faucher, L. Mandelbrot**