

**Université René Descartes - Paris V  
UFR Necker Cochin Port Royal**

**Mémoire  
Diplôme Universitaire de Régulation de naissances**

**Par le Docteur Laurence WITTKE**

**Présenté et soutenu le 29 septembre 2006**

**48 heures  
à la Beahuis &  
Bloemenhovekliniek**

## **Remerciements**

*Un immense MERCI à toute l'équipe de la Beahuis & Bloemenhovekliniek et tout particulièrement à Théa Schipper, pour leur accueil chaleureux, leur gentillesse et pour leur patience à répondre à mes nombreuses questions... j'ai ressenti une véritable générosité de toutes à partager aussi simplement leur pratique professionnelle, leurs connaissances et des petits bouts de leur existence. J'ai passé deux jours très riches en échanges humains. Merci au planning familial (MFPF AD 45) d'avoir participé financièrement et de m'avoir soutenue dans ce projet. Merci à Sophie Gaudu d'avoir organisé ce DU de régulation des naissances, absolument passionnant.*

# Introduction

En m'inscrivant au Diplôme Universitaire de régulation des naissances, l'idée de faire mon stage à le Beahuis & Bloemenhovekliniek m'est rapidement venue.

En effet, depuis un certain temps, nous nous disions souvent avec certains collègues : « un jour, faudra « quand même » aller voir là-bas comment cela se passe... »

Pourquoi aller voir « là-bas » ?

Tout d'abord, depuis les débats de 2001 concernant l'allongement du délai légal de l'IVG en France, de 12 à 14 SA, une question me revenait sans cesse : Pourquoi 14 SA ? et après , comment cela se passe ?

Quand on vit au quotidien, en France, les réticences de nos équipes par rapport aux IVG, j'étais intéressée de rencontrer et échanger avec des professionnels qui acceptent de faire des IVG beaucoup plus tardives.

Enfin, j'ai surtout fait cette démarche par rapport à toutes ces femmes que l'on ne peut prendre en charge ici en France et que l'on envoie la « conscience tranquille » se faire avorter en Hollande. On sait que « ça se passe bien », les femmes reviennent contentes...

Je souhaitais avoir un regard professionnel sur ce parcours pro(im)posé aux femmes qui persistent à vouloir interrompre une grossesse que la Loi française voudrait qu'elles poursuivent...

Pour finir, j'ai essayé de retranscrire aussi fidèlement que possible les informations qui m'ont été données. Il n'est malheureusement pas impossible qu'il y ait des erreurs (notamment dans les protocoles médicamenteux) et je m'en excuse à l'avance.

# 1<sup>ère</sup> partie

---

## Les IVG en Hollande ; Présentation de la Beahuis & Bloemenhovekliniek

---

### Les IVG en hollande

Aux Pays-bas, les IVG peuvent être réalisées à l'hôpital dans les services de gynécologie-obstétrique, ou dans des cliniques spécialisées telles que la Beahuis & Bloemenhovekliniek. En pratique, ces cliniques réalisent à elles seules 94 % des IVG pratiquées en Hollande.

Seize cliniques sont spécialisées dans les IVG, mais seulement trois d'entre elles réalisent les IVG du 2<sup>ème</sup> trimestre (dont la Beahuis & Bloemenhovekliniek).

Pour les femmes hollandaises, l'IVG est prise en charge par leur système d'assurance maladie.

Le prix de l'IVG pour les femmes étrangères est fixé par le gouvernement :

385 € pour une IVG jusqu'à 12 SA (BIP<21mm).

570 € pour une IVG entre 13 et 17 SA (22mm<BIP<40mm)

870 € pour une IVG entre 18 et 22 SA (41mm<BIP<56mm) avec une nuit d'hospitalisation.

### Délai légal

Les IVG sont autorisée en Hollande jusqu'à 22 SA. Ce terme est déterminé par échographie avec un BIP≤56mm et un Fémur ≤39mm

La loi hollandaise exige que cinq jours (5X24 heures) soient écoulés entre le moment où la femme a parlé de sa décision d'interrompre sa grossesse à un médecin et l'intervention en elle même.

Bien que cela ne concerne pas les femmes françaises, il est intéressant de savoir que la loi prévoit deux situations d'exception à ce délai de réflexion :

- Lorsque l'IVG est pratiquée dans les 16 jours suivant l'absence de règles (6 SA)
- Lorsque la poursuite de la grossesse entraîne un risque grave pour la vie ou la santé de la femme.

### Recueil statistique

Comme en France, tous les centres qui pratiquent des IVG doivent remplir pour chaque femme une fiche qui sera remise au ministère. Elle est destinée à la réalisation de statistiques nationales<sup>1</sup>. En plus des indicateurs classiques concernant l'âge de la femme, sa gestité, sa parité et l'âge de la grossesse, le médecin qui

---

<sup>1</sup> Voir document en annexe

réalise l'IVG doit donner des renseignements sur la situation matrimoniale de la femme, son pays d'origine, les méthodes de contraception utilisées l'année précédant l'IVG, la méthode de contraception envisagée pour après, les motivations de son choix<sup>2</sup> la méthode d'IVG avec le type d'anesthésie.

## **La Beahuis & Bloemenhovekliniek**

### ***généralités***

La Beahuis & bloemenhovekliniek est une petite clinique de 20 lits spécialisée dans la pratique des IVG du 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> trimestre.

Elle est implantée à Heemstede aux Pays-Bas, petite ville en banlieue de Haarlem située entre Amsterdam (30km) et La Hayes (50km).

Heemstede est une petite ville bourgeoise où l'on voit de grandes demeures toute aussi bourgeoises. La clinique a visiblement été implantée dans l'une d'elle dans les années 1970.

A cette époque, l'activité de la clinique était beaucoup plus importante que celle d'aujourd'hui : 10 000 IVG étaient réalisées chaque année (contre 3500 maintenant), cinq blocs tournaient en permanence (contre un seul). A cette époque, l'IVG venait à peine d'être légalisée en France.

La Beahuis & Bloemenhovekliniek est la réunion de deux fondations : la Stichting Zwangerschapsonderbreking Noord-Holland (encore appelée Beahuis) qui s'adresse aux femmes résidant aux Pays-Bas ; et la Stichting Bloemenhovekliniek (Bloemenhove) qui réalise la prise en charge des femmes étrangères. Ces fondations sont semblables à nos structures associatives et sont sous l'autorité d'un conseil d'administration. En pratique, la prise en charge des femmes est la même quelque soit l'entité administrative à laquelle elles sont rattachées.

La clinique reçoit des subventions gouvernementales uniquement destinées aux femmes hollandaises. Ces subventions semblent révisables chaque année et dépendent du précédent bilan financier. Les subventions ne sont pas uniformes d'un établissement à l'autre et ne semblent pas directement lié au nombre d'actes.

La Beahuis & Bloemenhovekliniek est la seule clinique qui utilise une technique en deux temps pour les IVG tardives du 2<sup>ème</sup> trimestre. Les femmes restent hospitalisées 24 heures. La clinique est ainsi ouverte deux nuits par semaines (le mardi et le jeudi).

Toutes les autres cliniques de Hollande fonctionnent sur le mode de nos hôpitaux de jours et ferment le soir.

### ***Quelques chiffres***

Actuellement, chaque année, entre 3000 et 3500 IVG sont réalisées à la Beahuis & Bloemenhovekliniek.

68% des IVG du 2<sup>ème</sup> trimestre réalisées en Hollande sont pratiquées à la Beahuis & Bloemenhovekliniek.

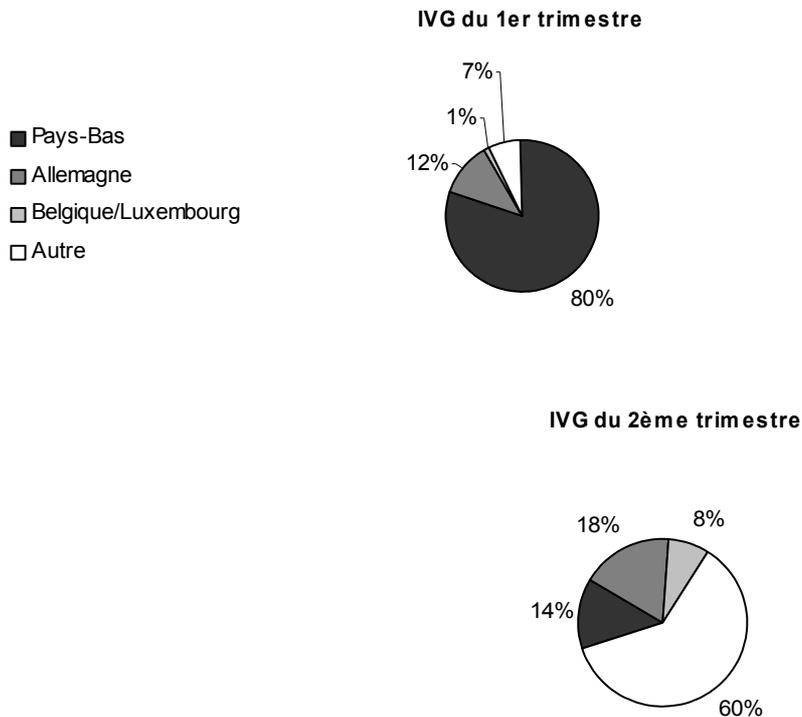
---

<sup>2</sup> La femme doit remplir un formulaire spécifique où elle précise les motivations de son choix (voir document en annexe)

## Pays de provenance des femmes

En moyenne, 70 % de ces IVG concernent des femmes étrangères. Mais la répartition des femmes en fonction du pays d'origine varie en fonction du terme de la grossesse : au premier trimestre, les hollandaises sont majoritaires, au deuxième trimestre ce sont les françaises (la catégorie « autres » est en grande partie composée de femmes françaises).

### Pays de résidence des femmes en fonction du terme de l'IVG (2001)



Du fait de leur technique particulière, la Beahuis & Bloemenhovekliniek est très réputée en Hollande et des femmes viennent de tout le pays pour y faire leur IVG.

## Méthode d'IVG

Répartition du nombre d'IVG selon la méthode (2001)

Médicamenteuse	45	1.2 %
1 <sup>er</sup> trimestre AL	133	3.7 %
1 <sup>er</sup> trimestre AG	759	20.8 %
Début 2 <sup>ème</sup> trimestre AL	19	0.5 %
Début 2 <sup>ème</sup> trimestre AG	1713	46.9 %
Fin 2 <sup>ème</sup> trimestre AG	980	26.9 %
TOTAL	3649	100 %

Sur ce tableau on constate que la grande majorité de IVG réalisées sont des IVG du 2<sup>ème</sup> trimestre (74.3 %). L'anesthésie locale est pratiquée dans 15 % des IVG du premier trimestre et reste très marginale au deuxième trimestre.

Depuis 2001, le nombre d'IVG médicamenteuses a légèrement augmenté, puisqu'il est d'un centaine en 2005.

## Taux de complication

La clinique a établi un partenariat avec l'hôpital Kennemer Gasthuis pour les prise en charge des femmes présentant des complications, nécessitant une hospitalisation dans un service de gynécologie.

En 2001, sur les 3649 interventions, 9 ont été suivies de complications soit un taux de 0.25 %.

Ces complications ont été :

Hémorragie et/ou trouble de la coagulation : 5 femmes

Perforation : 1femme

Rétention : 2 femmes

GEU : 1femme

## Le personnel

Tout le personnel (excepté les femmes de ménage) parle français, allemand, anglais et néerlandais.

Au total, une trentaine de personnes travaillent à la clinique.

La majorité travaille à temps partiel.

Le personnel est presque exclusivement féminin. Un seul homme travaille ici, il est médecin.

On retrouve :

-Une directrice qui est également infirmière et qui occupe parfois ce poste.

-Quatre « secrétaires » qui s'occupent de l'accueil physique et téléphonique

-Quatre médecins travaillant à temps partiel.

- Une dizaine d'infirmières à temps partiel (Parmi elles 2 infirmières ont des compétences en stérilisation)
- Deux femmes de ménages
- Une comptable/ gestionnaire

## **2<sup>ème</sup> partie**

---

# **48 heures à la Beahuis & Bloemenhoveliniek**

---

### **La préparation de mon séjour**

Le choix de la Beahuis & Bloemenhoveliniek par rapport à une autre clinique en Hollande s'est fait surtout parce que nous avons tout simplement l'habitude travailler avec eux au planning familial d'Orléans où j'exerce.

Le premier contact avec la directrice, Théa Schipper, se fait au congrès de l'ANCIC à Amiens en novembre 2005. Elle me donne son accord pour ce projet. Quelques échanges de courriels et les choses s'organisent très simplement.

### **Le voyage**

Pour se rendre à Heemstede, depuis la France, 3 possibilités : la route, le train ou le bus.

Heemstede se situe entre Amsterdam et La Hayes (Den Haag en néerlandais).

Le train et le bus desservent ces deux villes depuis Paris. Il faut ensuite prendre un train régional pour Heemstede. Arrivé là-bas il faut encore marcher une vingtaine de minutes pour se rendre à la clinique.

Le bus est le moyen de transport le plus économique et est souvent choisi par les femmes les moins fortunées. Le voyage se passe la nuit, ce qui permet d'arriver en Hollande le matin en économisant une nuit d'hôtel.

Pour ma part je décide de prendre le car de nuit Eurolines.

Départ le 19 juillet 2006, 23 heures de Paris, Porte de Bagnolet métro Gallieni, gare routière internationale. Mon but est de rencontrer des femmes en partance pour une clinique en Hollande pour faire une IVG. Mais nous sommes en pleine saison touristique. Le car est bondé. Je ne discerne pas ces femmes des autres touristes.

Le car arrive à 5h30 à La Hayes et 6h15 à Amsterdam. J'opte pour Amsterdam dans l'espoir de dormir un peu plus... une longue journée m'attends.

A mon arrivée devant la clinique, cinq ou six femmes attendent déjà l'ouverture

Je reconnais 2 femmes qui étaient dans le car, descendue à La Hayes... elles sont en grande conversation....

### **Histoires de route....**

Même si les explications données au téléphone par les secrétaires, pour se rendre à la clinique sont claires, en pratique les choses ne sont pas toujours si simples. Les quelques anecdotes arrivées aux femmes françaises avec lesquelles j'ai pu discuter,

montrent que le voyage, constitue en lui-même une aventure, car il y a souvent beaucoup d'imprévus. D'autant plus que beaucoup d'entre elles n'ont jamais voyagé. Elles se retrouvent confrontée à un autre pays, une autre langue... et quelques imprévus...

Z. rencontre au planning familial de Paris (rue Vivienne) une autre femme qui doit également faire une IVG à la Beahuis & Bloemenhovekliniek . Elles ont rendez-vous le même jour à la clinique. Elles décident de faire le voyage en voiture ensemble. A la clinique, en cours de matinée, l'une d'elle disparaît (la conductrice)... repartie sans faire l'IVG. L'autre ne la retrouvant plus interroge le personnel... et apprend ainsi qu'elle est repartie en voiture sans l'en avertir... elle a de l'argent pour repartir en train ou en bus.

S. arrive en train la veille. Elle a prévu d'aller jusqu'à Amsterdam et a réservé une chambre d'hôtel. Elle comptait prendre le train Amsterdam-Heemstede le lendemain matin. Dans le Thalys, la personne assise à côté d'elle lui affirme que ce n'est pas ce qu'il faut faire, et que pour aller à Heemstede il faut descendre à Den Haag (La Hayes) (une station avant Amsterdam). C'est ce qu'elle fait. Elle prend ensuite le train de banlieue et arrive effectivement à Heemstede, mais vers 22 heures ! Elle cherche alors un hôtel. Elle demande à un couple. Il n'y a pas d'hôtel à Heemstede ! Elle raconte son histoire et sa destination. Tous le monde connaît la clinique ici et ils lui propose de l'héberger pour la nuit. Le couple est à vélo. Le monsieur la prend sur son porte-bagages. Le lendemain, ils la reconduisent à la clinique.

H. a 45 ans, arrivée depuis la veille avec son mari. Au planning, on leur avait affirmé quelle repartirait le soir même... elle doit rester une nuit supplémentaire... ce n'était pas prévu ainsi, le couple semble déstabilisé.

Moi-même, à Paris, dans le métro, je me fais voler mon portefeuille dans mon sac à main (heureusement il ne contenant ni argent ni carte de paiement). Résultat, je me trouve à faire le voyage sans aucun papier d'identité ! Je n'ai eu heureusement à affronter aucun contrôle d'identité, mais j'imagine le stress pour une femme allant faire une IVG, sachant qu'une pièce d'identité est exigée à l'arrivée à la clinique !

## **Déroulement de la journée**

Dans ce chapitre, je présente succinctement le déroulement d'une journée à la clinique selon que l'on se place du côté de la femme, de l'équipe soignante ou de moi-même. Ensuite je décris plus longuement chaque étape ou bien ce qui se passe dans chaque lieu.

### ***Organisation du travail pour l'équipe***

Les premières arrivées sont les femmes de ménage.

(Il paraît qu'en hiver quand il fait froid, elles ouvrent les portes de la clinique avant l'heure d'ouverture pour permettre aux femmes arrivées tôt, de se réchauffer).

Puis ce sont les secrétaires de l'accueil qui ouvrent les portes de la clinique à 8H30.

Ensuite, il y a une arrivée échelonnée des médecins, infirmières et secrétaires.

Un premier médecin arrive vers 8H30-9H, le second un peu plus tard, à partir de 9H.

Ce premier médecin fera le bloc du matin pendant que l'autre poursuivra les consultations jusqu'en fin de matinée.

Deux infirmières arrivent tôt. Elles commencent par faire les entretiens infirmiers avant l'hospitalisation.

Puis, des infirmières commencent à accueillir les femmes dans le service vers 9H30 pendant que l'une d'elle finit les entretiens.

Quand toutes les patientes auront été accueillies et seront montées en hospitalisation, infirmières et médecins se retrouvent au niveau de l'hospitalisation.

Le premier bloc commence « après la pause café » qui a lieu vers 10H30-11H.

C'est le premier moment de la journée où toute l'équipe se retrouve pour échanger sur le travail, les femmes hospitalisées ce jour et pour parler également des choses privées.

Ce programme de bloc se terminera vers 14-15 H suivant le nombre de femmes hospitalisées.

La clinique n'est ouverte que 2 nuits par semaine : le mardi et le jeudi pour la réalisation des IVG du deuxième semestre en deux temps.

Dans ce cas, l'activité au bloc reprend à partir de 18H environ jusque 21H-22 H environ. Les deux médecins présents ce jour-là travaillent ensemble au bloc.

Le médecin qui a fait le bloc du matin restera à la clinique jusqu'à ce que la dernière femme ayant eu son intervention soit correctement remise de son anesthésie et aient uriné. Il sera d'astreinte toute la nuit à son domicile en cas de problème.

Une infirmière reste sur place la nuit avec les patientes.

En discutant au cours des 2 journées avec les unes et les autres, plusieurs salariées m'ont parlé de la bonne ambiance de travail et de leur plaisir à travailler ici, ensemble. Effectivement, à les regarder travailler, on sent qu'il existe une réelle cohésion d'équipe.

### ***Déroutement de la journée des femmes***

Accueil par les secrétaires.

Entretien avec le médecin, échographie de datation et détermination de la méthode par le médecin.

Entretien avec l'infirmière.

Règlement financier.

Hospitalisation.

Les personnes qui accompagnent les femmes peuvent rester quelques instants avec elles, puis doivent repartir.

Si l'IVG a lieu en 1 temps, la femme partira 3 heures après son intervention.

Si l'IVG a lieu en 2 temps, une nuit de surveillance hospitalière est nécessaire et la femme ne repartira que le lendemain matin. Dans ce cas, les accompagnants ont une autorisation de visiter les femmes entre 16H30 et 17H30. Ils ne reviendront rechercher les femmes que le lendemain matin.

### ***Déroutement de mes deux journées***

Après une nuit de car, arrivée à la clinique à 8H30.

Accueil par la directrice et toute l'équipe.

Visite des locaux.

Suivi des entretiens médicaux.

Suivi des entretiens infirmiers.

Suivi des femmes françaises hospitalisées.

Suivi des interventions des bloc du matin et de la soirée.

Partage des diverses pauses café et déjeuner avec l'équipe.

Départ de la clinique vers 22H.

Nuit chez Mme Toos, qui tient l'équivalent d'une chambre d'hôtes et parle couramment français. Son accueil est extrêmement chaleureux.

Retour à la clinique le lendemain à 9H.

Même programme que la journée précédente avec un suivi d'IVG plus précoces puisque la clinique ferme le soir.

Départ en fin d'après-midi et retour en France en train, arrivée chez moi à 1H du matin.

## Quelques mots sur le personnel

Comme je l'ai dit précédemment un critère nécessaire à leur recrutement est le fait de parler plusieurs langues étrangères dont le Français l'allemand et l'anglais.

En discutant avec les secrétaires à l'accueil, les infirmières et les médecins, on sent que chacun est venu travailler ici par choix et est fier d'appartenir à cette équipe. La plupart d'entre eux travaillent ici depuis de nombreuses années et le turn over du personnel semble très faible.

Tous sont d'une grande gentillesse avec les femmes et à aucun moment je n'ai senti de jugement porté sur elles.

## Description des locaux

- Au Rez de chaussé :

Hall d'accueil : grande salle d'attente conviviale, comptoir d'accueil

2 salles de consultations pour les médecins

2 salles d'entretien pour les infirmières

Bureaux administratifs

- Au 1<sup>er</sup> étage
  - Les chambres d'hospitalisation

Une pièce centrale qui dessert toutes les chambres pour les infirmières.

4 chambres : en général les infirmières essaient de répartir les femmes en fonction de leur nationalité et de leurs âges.

Ainsi, il y a souvent une chambre pour les françaises (la plus grande : jusqu'à 6 lits), une pour les allemandes et une chambre pour les hollandaises.

Chaque lit peut être isolé des autres pendant les soins, par un système de rideau.

- Les parties communes pour les patientes

Une salle commune en 2 parties : un coin collation où café, thé, jus de fruit pain beurre... sont à disposition ; un coin télévision.

Une salle pour les fumeuses.

- Le bloc
- La salle de stérilisation
- La cuisine et la salle de pause

Une grande cuisine équipée style Ikea avec frigo, table de cuisson, micro-onde, lave-vaisselle.....

Une grande pièce attenante avec une grande table qui sert pour les pauses café et les repas, beaucoup plus confortable que les « tisaneries » et autres salles de pause de nos hôpitaux.

- Au 2<sup>ème</sup> étage (sous les toits)

La chambre des médecin et la chambre des infirmières de garde.  
Sanitaires avec douche pour le personnel.

## **L'accueil des femmes**

### **L'accueil téléphonique**

Le secrétaires de l'accueil s'occupent également de l'accueil téléphonique. Comme tout le personnel de la clinique, elles parlent toutes très bien le français, l'anglais, l'allemand et le néerlandais. Grâce au système de standard téléphonique, la personne qui appelle sélectionne sa langue, ainsi, avant de décrocher, elles savent la langue parlée par l'interlocutrice.

Avec les renseignements fournis par la femmes et en fonction de l'échographie qu'elles ont en général eu, elles estiment le type de protocole qui sera utilisé et déterminent ainsi le jour d'hospitalisation, surtout si la femme doit passer une nuit à la clinique.

Elles tiennent compte systématiquement de la date du premier entretien médical que la femme a eu, afin de respecter le délai de réflexion de 5 jours imposé par la Loi Hollandaise.

Alors que la clinique ne comporte que 20 lits, elles prennent jusqu'à 26 rendez-vous par jour, car le nombre de « no show » est très important.

D'ailleurs durant les deux jours passés à la clinique, la clinique ne sera pas pleine.

### **L'accueil à la clinique**

La clinique ouvre ses portes à 8H30.

Les femmes ont leur rendez-vous fixé entre 8H30 et 13H.

Bien souvent les femmes venues de l'étranger ne tiennent pas compte de cet horaire... et se présentent quand elles arrivent...

Sur un grand tableau sont affichés tous les rendez-vous de la semaine. Pour chaque femme qui a pris son rendez-vous, une petite fiche de couleur a été constituée et est glissée dans le tableau. Différente couleurs de cartons distinguent les femmes en fonction du terme de leur grossesse et de la méthode pressentie au moment du contact avec la femme :

Orange pour les IVG médicamenteuses : apparemment très peu sont réalisées ici

Vert : pour si le BIP  $\leq 21$  mm (12 SA)

Rouge : 22 mm < BIP < 40 mm (de 12 à 18 SA)

Bleu : pour les multipares à 18 et 19 SA

Blanc : pour les nullipares de 18 à 22 SA et les multipares de 20 à 22 SA, c'est celles qui resteront une nuit à la clinique.

Violet pour celles qui ont pris leur rendez-vous par Internet ( ? )

A son arrivée on demande à la femme :

- une pièce d'identité
- une carte de groupe
- l'échographie si elle a été réalisée
- la carte du planning familial (ouvrant droit à réduction de 10%)

On lui remet un auto-questionnaire médical<sup>3</sup>  
Puis la femme attend dans la salle d'attente en remplissant le questionnaire.  
Elle sera ensuite reçue par le médecin.

## **L'entretien médical**

Il se passe avec le conjoint ou la personne accompagnante s'il(s)/elle(s) le souhaite(nt).

Je n'ai assisté aux consultations que d'un seul médecin, uniquement pour des femmes françaises, avec leur accord.

Le contenu des consultations pendant lesquelles j'étais présente était relativement rapide.

Après s'être assurée des motivations de la femme, une prise de tension, une échographie et un examen clinique (se limitant au toucher vaginal) sont réalisés.

Le TV aide parfois au choix de la méthode en fonction de la consistance et de la forme du col. (surtout vers 17-18 SA, lorsqu'il faut déterminer si l'intervention aura lieu en un ou deux temps).

Le dossier médical est constitué à l'aide de l'autoquestionnaire rempli par la patiente. La méthode est brièvement expliquée et une plaquette d'informations est remise à la femme<sup>4</sup>.

La possibilité de réaliser l'IVG sous anesthésie locale n'a pas été abordée au cours des consultations auxquelles j'ai assistées. Cette méthode ne semble réalisée que si la femme le demande expressément, et semble peu pratiquée dans la clinique.

La contraception post IVG est abordée. Il semble que dans la majorité des cas la pilule oestroprogestative est choisie par la femme. Elle lui est donnée à l'issue de cette consultation accompagnée d'une petite fiche explicative<sup>5</sup>. La pilule la plus fréquemment remise est l'équivalent de Minidril®.

Une pose de stérilet est possible en poste abortum immédiat jusqu'à 15 SA.

Des conseils de sortie sont préconisés : pas de rapports sexuels, pas de tampon et pas de bain pendant 3 semaines. Des antibiotiques (cyclines) sont à prendre pendant 10 jours. Un contrôle gynécologique à 3 semaines est vivement recommandé. Un courrier destiné au médecin qui fera le contrôle est remis à la patiente à sa sortie<sup>6</sup>.

Puis la femme est invitée à régler le montant de l'hospitalisation avant d'être reçue par l'infirmière.

En général les femmes françaises sont passées par le planning familial (MFPF) ou par un autre centre de planification.

Selon les médecins elles sont « bien » préparées psychologiquement à l'IVG car souvent elles ont rencontré une conseillère conjugale et ont pu discuter. Ce n'est pas le cas de toutes les femmes... comme les allemandes qui trouvent souvent seules l'adresse sur Internet...

## **L'entretien infirmier**

L'infirmière reprend le dossier médical.

---

<sup>3</sup> voir document en annexe

<sup>4</sup> voir document en annexe

<sup>5</sup> Voir document en annexe

<sup>6</sup> Voir document en annexe

Elle explique plus en détail la méthode et le déroulement de l'hospitalisation.

Puis elle réalise une hémoglobinémie à toutes les femmes, à l'aide d'une technique semblable à celle pour réaliser les dextro : une goutte de sang est prélevée au bout du doigt, déposée sur une bandelette qui sera insérée dans le petit appareil. La lecture est immédiate.

Si la femme n'a pas de carte de groupe, l'infirmière réalise un groupage à l'aide d'un kit avec quelques gouttes de sang piquées au doigt de la patiente. Là aussi, le résultat est immédiat. Il n'y a pas de problème de conformité de carte de groupe : une seule détermination ou phénotypage incomplet suffisent.

Un ECG est systématiquement réalisé pour les femmes de plus de 35 ans.

Puis la patiente retourne en salle d'attente avant d'être appelée pour monter dans le service.

## **L'hospitalisation**

### **Histoires de femmes**

Dans notre pratique quotidienne, les femmes qui sont en « délai dépassé » nous les rencontrons régulièrement... mais de voir ainsi rassemblées plusieurs femmes qui vivent ce même parcours par rapport à cette grossesse est.

H. 45 ans... 22 SA... avant de faire le diagnostic de grossesse... les médecins ont quelque peu errés... la ménopause, le kyste de l'ovaire...

L. a 25 ans, un bébé de 8 mois... elle était sous microval® depuis son accouchement... devant une prise de poids récente, elle a eu de multiples explorations de la thyroïde... on lui a même découvert une thyroïdite pour laquelle elle déjà vu deux endocrinologues... l'aménorrhée était mise sur le compte de la pilule microprogestative... lorsque la grossesse a été découverte elle était à 21 SA.

Z. est à 17 SA. Elle a découvert sa grossesse à 12 SA ½. Elle avait fait une échographie pour confirmer l'âge de la grossesse. Elle s'est adressée à plusieurs hôpitaux de la banlieue est parisienne... le rendez-vous le plus précoce qui lui a été proposé était à 14 SA+1jour ! C'est l'assistante sociale qui lui a donné de l'argent pour aller en Hollande.

M. 40 ans, veuve, 4 enfants dont l'aîné a 17 ans et G. 30 ans, 3 enfants de 4, 3 et 1 an, dans leur chambre me racontent toutes deux les pressions qu'elles ont subies de la part des différents médecins qu'elles ont rencontrées, pour qu'elles gardent leur grossesse : faire écouter les bruits du cœur du « bébé », obliger à regarder l'échographie, insister pour qu'elle fasse un accouchement sous X...

A l'écoute de l'histoire de ces femmes, on ne peut que s'interroger sur le fait qu'elles n'aient pu être prises en charge en France et soient obligées de partir à l'étranger pour faire leur IVG.

## **Le bloc**

Le bloc est constitué de 2 pièces :

L' « antichambre » où l'on se change. Où il y a un évier où le médecin peut réaliser le contrôle visuel de l'aspiration.

Le bloc en lui-même, tout à fait classique, avec sa table gynécologique, ses différents appareils de monitoring et de réanimation...

Une particularité est la communication qui existe entre le bloc et la salle de stérilisation par l'intermédiaire de placards à double ouverture permettant le passage des boîtes d'instruments d'une pièce à l'autre.

### ***Organisation du travail au bloc***

Comparé à nos blocs hospitaliers, le bloc tourne avec un personnel « réduit » : le médecin est seul avec une infirmière. (Pour les blocs de l'après-midi, ils sont deux médecins et une infirmière).

Les infirmières tournent à tour de rôle, à l'accueil, en hospitalisation, au bloc (ou à la stérilisation pour celles qui en ont la compétence).

Chacun connaît parfaitement ce qu'il a à faire. Les gestes sont précis, rapides, efficaces.

Dans la plupart des cas, la femme arrive au bloc « sur ses deux jambes », accompagnée par une infirmière d'hospitalisation.

On lui demande de retirer sa culotte dans l' « antichambre » (elle garde sa chemise de nuit), puis de s'installer elle-même sur la table de bloc (déjà en position gynécologique).

A peine la femme est-elle installée que le médecin lui prend le bras gauche pour poser la perfusion. Celle-ci installée, elle est immédiatement reliée à la seringue électrique contenant le produit anesthésiant (le propofol) qui lui est injecté en bolus. Entre le moment où la femme rentre au bloc et le moment où elle dort, moins de 3-4 minutes se sont écoulées.

Dès l'intervention terminée, la perfusion est retirée au bloc, alors que la femme dort encore (sauf si l'intervention a lieu en deux temps).

L'infirmière d'hospitalisation est déjà prête derrière la porte du bloc avec le lit de la patiente. Encore endormie, celle-ci est transférée dans son lit et ramenée à sa chambre, sans monitoring particulier.

Le réveil est quasi immédiat après l'arrêt de la perfusion de propofol.

La coordination avec les infirmières d'hospitalisation est là aussi remarquable.

Aucune attente, tout s'enchaîne. La prochaine femme est déjà prête.

Entre deux interventions, « tout le monde » participe (médecin et infirmière) au nettoyage du bloc. On peut voir ainsi le médecin passer la serpillière au bloc...

### ***Le bloc du point de vue des femmes***

Je pense que les choses s'enchaînent tellement rapidement, qu'elle n'ont pas le temps de s'apercevoir de grand chose. J'ai remarqué le regard un peu hagard, apeuré des femmes qui rentrent dans le bloc (le matin surtout). Elles pénètrent dans un espace inconnu, elles savent que c'est ici que « tout » va se passer... mais les choses se déroulent tellement vite qu'elles n'ont pas le temps de s'appesantir sur ce stress...

Lorsque l'on discute avec elles une fois l'intervention terminée, ce qui ressort le plus c'est que « ça a été tellement vite », « je n'ai rien vu, rien senti... »

Les femmes qui reviennent au bloc en fin de journée, lorsque l'intervention est en deux temps, arrivent totalement détendue la seconde fois... on les sent en confiance...

### ***L'asepsie***

On ne peut pas réellement parler de conditions d'asepsies telles qu'elles nous sont imposées dans nos hôpitaux.

Pas de lavage chirurgical des mains.

Les blouses ne sont pas stériles et ne sont pas systématiquement changées entre chaque patiente.

Pas de bavette systématique surtout avant 17 SA.

Pas de grands champs stériles recouvrant les jambes et le ventre de la femme, juste un champs papier autocollant stérile au bord inférieur de la vulve, et un champs stérile au bord supérieur de la vulve pour le deuxième temps des IVG après 18 SA.

### ***La stérilisation***

La stérilisation est réalisée par une infirmière de l'équipe, qualifiée dans ce domaine. Deux infirmières sont formées à ce poste. Tant que le bloc tourne, la salle de stérilisation fonctionne.

Par un grand placard intégré dans un mur et qui communique d'un côté dans bloc et de l'autre dans la salle de stérilisation, les plateaux stériles sont stockés et le matériel sale est directement transmis pour stérilisation.

## **Les protocoles d'IVG**

### ***Préparation du col***

La préparation médicamenteuse du col n'est pas systématique avant 15 SA.

Lorsqu'elle est prescrite par le médecin le protocole est :

-Pour les IVG du premier trimestre : misoprostol (cytotec®) : 2 comprimés per os toutes les 2 heures, au maximum quatre fois.

-Pour les IVG du second trimestre en un temps : misoprostol (cytotec®) : 2 comprimés per os + 4 comprimés en intravaginal, puis 2 comprimés toutes les 2 heures, au maximum trois fois.

-Pour les IVG du second trimestre en deux temps : idem que ci-dessus. Après le premier temps opératoire, mise en place d'une perfusion d'Oxytocine (Syntocinon®) : 1 ampoule de 5 unités diluée dans 500cc de serum glucosé. Administré à raison de 10 gouttes/mn pendant 1 heures, puis 5 gouttes/mn de plus par heure jusqu'à un maximum de 25 gouttes/mn.

### ***Matériel spécifique utilisé au bloc***

- L'aspiration

Le matériel est légèrement différent : la canule est directement raccordée au tuyau d'aspiration, pas de manche permettant d'avoir un mouvement de rotation. L'aspiration fonctionne en continue, il n'y a pas de pédale permettant de l'actionner ou de l'arrêter.

- Les pinces

Deux types de pinces sont utilisées : les pinces « Mac Lintoc » ou les pinces « Finks » (small ou medium)

Elles ressemblent à ce qu'on appelle des « pinces à faux germes »

- Les spéculums

Avant 15 SA ou premier temps des IVG du 2<sup>ème</sup> trimestre : « colin »

Pour les autres interventions : spéculum « à boule »

- Les bougies : la taille maximum utilisée est la n° 15

## ***Techniques d'IVG instrumentales***

### **avant 15 SA**

En général, il n'y a pas de préparation de col prescrite en particulier avant 12 SA. Dans ce cas le protocole est dénommé « Poli » sur les dossiers.

Lorsque le misoprostol est utilisé en préparation de col il est inscrit « Prostaglandine » sur les dossiers.

Il s'agit d'une aspiration « classique » telle que nous la pratiquons en France. Par contre, les médecins utilisent beaucoup plus les pinces pour extraire des morceaux d'embryon (surtout au delà de 12 SA) et l'aspiration est plutôt réalisée à la fin.

Un contrôle à la curette est systématique.

La vérification échographique de la vacuité utérine n'est systématique.

La vérification visuelle du produit d'aspiration est par contre systématique. Elle est réalisée par le médecin lui-même. Le matériel est passé sous l'eau dans une passoire, puis remis dans un large bocal transparent rempli d'eau et placé sur une lumière, ce qui permet de très bien observer le matériel aspiré.

### **entre 15 et 18 SA : « semi klinik narcose »**

Cette méthode est également appliquée pour les multipares jusqu'à 19 SA.

Une préparation de col est systématiquement prescrite.

Le col est dilaté avec la bougie de 15.

L'embryon est extrait à la pince.

Contrôle à la curette.

Le contrôle échographique est systématique.

### **entre 18 et 22 SA : « klinik narcose »**

Cette méthode en a été inventée par le Dr Finks, médecin anglais qui a travaillé dans la clinique au début de sa création. Il vit actuellement en Israël.

L'IVG se fait en 2 temps :

- 1<sup>er</sup> temps (en fin de matinée) :

après préparation du col au misoprostol

utilisation d'un spéculum « à boule »

sondage vésical

rupture de la poche des eaux

section du cordon ombilical lorsque cela est possible (si le médecin le trouve rapidement)

Cette phase dure environ 5 minutes

La femme peut prendre une collation légère 1 heures après.

Puis perfusion de syntocynon®.

- 2<sup>ème</sup> temps (entre 18 et 22 heures)

dilatation col avec bougie maxi 15.

extraction du fœtus et du placenta à la pince

Contrôle à la curette.

vérification de la vacuité utérine à l'échographie.

Durée ; à peine 15 minutes en tout.

### ***L'anesthésie générale***

Ici, il n'y a ni anesthésiste ni infirmière anesthésiste. C'est le médecin qui pratique les IVG qui endort la femme. Il est seul avec l'infirmière du bloc.

Avant tout la femme doit être à jeun depuis 7 heures le matin de l'intervention.

La voie d'abord veineuse n'est posée qu'une fois la femme arrivée au bloc. Elle est posée par le médecin. Celle-ci est ensuite directement branchée à la seringue électrique contenant le propofol. Il s'écoule environ 2 minutes entre le moment où la femme est « piquée » et le moment où elle dort.

### **Propofol (Diprivan®)**

C'est anesthésiant intraveineux d'action rapide.

Le propofol est utilisé au pousse-seringue électrique.

Concentration du produit : 10 mg/ml

Un bolus initial de 15 ml environ est injecté au début de l'anesthésie (le bolus est arrêté dès que la femme s'endort)

puis la seringue électrique est réglée sur 60 ml/heure.

Si en cours d'intervention la femme se réveille, nouveau bolus d'environ 5 ml lui est injecté pour qu'elle se rendorme.

Dès que l'injection du produit cesse, la femme se réveille très rapidement (1 à 3 minutes).

Les doses injectées permettent à la femme de continuer à respirer spontanément. Aucune ventilation ni intubation n'est alors nécessaire. C'est pourquoi on parle plutôt de « narcose » plutôt que d'anesthésie générale.

Les médecins disent ne « jamais » observer de problème de fausse-route.

### **Alfentanyl (Rapifène®)**

C'est un analgésique central réservé à l'anesthésie, d'action rapide et de courte durée.

Conditionné en ampoules de 2 ml correspondant à 1 mg d'Alfentanyl.

Avant 12 SA : 0,5ml en IV au début et à la fin de l'intervention

Après 12 SA : 0,5ml en IV au début et à la fin de l'intervention et 1 ml en IM à la fin de l'intervention

### **O<sub>2</sub> nasal**

Mise en place d'oxygène nasal (1 tuyau dans 1 narine qui tient avec un bouchon en mousse)

Réglé à 3 litres/mn.

Surveillance de la saturation durant toute l'intervention.

### **Anesthésie locale**

Cette anesthésie générale est doublée d'une anesthésie locale :

*Lidocaïne adrénalinée à 1 %* : 20 cc injectés en 4 points profondément dans le col à 11, 1, 4 et 7 heures et dans l'orifice interne du col.

Matériel utilisé : Seringues de 20cc + Aiguilles jaunes 20G 2¾ 0.9X70

Selon les médecins interrogés, l'intérêt de cette anesthésie locale est triple :

- en anesthésiant le col, la dose de propofol à injecter semble moindre
- la présence d'adrénaline associée à la lidocaïne exerce une vasoconstriction et a un effet hypertenseur qui permet de limiter l'hypotension induite par le propofol,
- l'adrénaline semble diminuer les problèmes d'atonie utérine.

### **Monitoring**

Surveillance de la femme par les appareils de monitoring : du pouls, de la pression artérielle et de la saturation (un enregistrement est réalisé et sera collé dans le dossier de la patiente).

### **Autres produits disponibles au bloc**

A côté, de ce matériel de base, un chariot d'urgence est prêt en cas de nécessité. Il contient le matériel d'intubation et d'autres drogues : *Atropine* ; *Narcan®* ; *Diazepam*, *Flumazénil (Anexate®)* = neutralise les effets sédatifs des benzodiazépines ; *clémastine (Tavegil®)* = (antihistaminique) ; *méthergin®*

### **Le réveil**

Dès que l'intervention est terminée, la femme est « déperfusée », transférée dans son lit et amenée dans sa chambre sans aucun monitoring. Il n'y a pas de salle de réveil. Le réveil est quasiment immédiat.

Une heure après son réveil, la femme peut prendre une collation, trois heures après son réveil elle peut partir.

### **Conclusion**

Ce fonctionnement rend alors l'anesthésie générale extrêmement simple pour la femme (pas d'intubation) et pour le fonctionnement de la clinique.

Après discussion auprès d'anesthésistes avec lesquels je travail, ce type d'anesthésie, encore appelé « narcose », n'est réservé qu'à des gestes type coloscopie.

### **Traitements antalgiques-anxiolytiques**

Les traitements généralement utilisés sont :

-*Lorazepam (temesta®)* : 1 mg le matin donné systématiquement.

Les autres traitements sont prescrits par le médecin au coup par coup en cas de nécessité.

-*Diclofénac (voltarène®)*

-*Chlorhydrate de pentidine (dolosa®)* : 50 mg

-*Halopéridol (haldol®)* : 50 mg 3 fois par jour en IM (effet antiémétique recherché)

### **Traitements adjuvants**

Sont systématiquement donnés :

-*MicroLax®* afin de vider l'ampoule rectale et d'éviter probablement les contamination fécales pendant le geste

-*Lopéramide (Imodium®)* surtout pour éviter les diarrhées dues au Misoprostol

## Conclusion

Ces 48 heures passées à la Beahuis & Bloemenhovekliniek m'auront beaucoup apporté sur de nombreux points, tant il existe de spécificités sur la prise en charge médicales et sur l'organisation du travail dans la clinique.

Ce que je retiendrais en premier lieu, c'est le mode de réalisation des anesthésies générale : elles sont très légères (on parle de narcose), ne nécessitent pas d'intubation et sont réalisées sans anesthésiste par le médecin qui pratique l'IVG lui-même, sans que ce fonctionnement ne semble mettre en danger les femmes.

Par ailleurs, j'ai été frappée par le formidable collectif de travail qui existe dans la clinique. On sent une équipe très professionnelle, qui a l'habitude de travailler ensemble et prend vraisemblablement plaisir à la faire. Je pense que cela met les femmes en grande confiance et participe à la qualité de leur prise en charge. Comparé à la plupart de nos structures, tout semble beaucoup plus simple et « plus facile » pour les femmes (petite unité de lieu, personnel motivé, peu d'interlocuteurs, durée d'hospitalisation réduite au maximum...).

Sur le plan purement technique, je suis satisfaite d'avoir enfin « vu » concrètement comment se déroule une IVG du second trimestre. Je réalise que cela nécessite l'accompagnement par des professionnels spécifiques, formés, et ne peut être noyé dans une activité habituelle de bloc opératoire de gynécologie-obstétrique.

Enfin, persiste la question : peut-on se satisfaire de cette « bonne prise en charge » des femme française que nous envoyons là-bas ?

Il me semble qu'une réflexion politique devrait se faire afin de proposer ce type d'accompagnement en France.

# Table des matières

INTRODUCTION	2
<b><u>1<sup>ÈRE</sup> PARTIE : LES IVG EN HOLLANDE ; PRÉSENTATION DE LA BEAHUIS &amp; BLOEMENHOVEKLINIEK</u></b>	<b>3</b>
<b>LES IVG EN HOLLANDE.....</b>	<b>4</b>
Délai légal.....	4
Recueil statistique.....	4
<b>LA BEAHUIS &amp; BLOEMENHOVEKLINIEK.....</b>	<b>5</b>
généralités.....	5
<b>Quelques chiffres.....</b>	<b>5</b>
Pays de provenance des femmes.....	6
Méthode d'IVG.....	7
Taux de complication.....	7
Le personnel.....	7
<b>LA PRÉPARATION DE MON SÉJOUR.....</b>	<b>9</b>
<b>LE VOYAGE.....</b>	<b>9</b>
Histoires de route.....	9
<b>DÉROULEMENT DE LA JOURNÉE.....</b>	<b>10</b>
Organisation du travail pour l'équipe.....	10
Déroulement de la journée des femmes.....	11
Déroulement de mes deux journées.....	11
<b>QUELQUES MOTS SUR LE PERSONNEL.....</b>	<b>12</b>
<b>DESCRIPTION DES LOCAUX.....</b>	<b>12</b>
<b>L'ACCUEIL DES FEMMES.....</b>	<b>13</b>
L'accueil téléphonique.....	13
L'accueil à la clinique.....	13
<b>L'ENTRETIEN MÉDICAL.....</b>	<b>14</b>
<b>L'ENTRETIEN INFIRMIER.....</b>	<b>14</b>

<b>L'HOSPITALISATION.....</b>	<b>15</b>
Histoires de femmes.....	15
<b>LE BLOC.....</b>	<b>16</b>
<b>Organisation du travail au bloc.....</b>	<b>16</b>
<b>Le bloc du point de vue des femmes.....</b>	<b>16</b>
<b>L'asepsie.....</b>	<b>17</b>
<b>La stérilisation.....</b>	<b>17</b>
<b>LES PROTOCOLES D'IVG.....</b>	<b>17</b>
<b>Préparation du col .....</b>	<b>17</b>
<b>Matériel spécifique utilisé au bloc.....</b>	<b>17</b>
<b>Techniques d'IVG instrumentales.....</b>	<b>18</b>
avant 15 SA.....	18
entre 15 et 18 SA : « semi klinik narcose ».....	18
entre 18 et 22 SA : « klinik narcose ».....	18
<b>L'anesthésie générale.....</b>	<b>19</b>
Propofol (Diprivan®).....	19
Alfentanyl (Rapifène®).....	19
O2 nasal.....	19
Anesthésie locale.....	20
Monitoring.....	20
Autres produits disponibles au bloc.....	20
Le réveil.....	20
Conclusion.....	20
<b>Traitements antalgiques-anxiolytiques.....</b>	<b>20</b>
<b>Traitements adjuvants.....</b>	<b>21</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>22</b>
ANNEXES 22.....	24
<b>CONCLUSION</b>	<b>21</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>22</b>