

## **Rapport d'activité du Collège Mère et le nouveau-né, section maternité, année 2019**

Les projets proposés pour le Collège étaient les suivants :

1. Poursuite du financement du projet B-OSS avec une supervision par le Collège
2. Intégration au projet B-OSS d'une groupe de travail sur l'analyse de la mortalité maternelle (BAMM).
3. Projet interruption médicale de grossesse (IMG)

### **1. *Projet B-OSS et mortalité maternelle.***

Le collège a initialement proposé de pérenniser le projet B-OSS de manière indépendante du Collège avec un financement via le SPE en Flandre et le CEPIP en Wallonie. Nous n'avons pas reçu de réponse claire du SPF santé publique à ce propos.

Le projet a lui été encadré par un comité d'accompagnement, composé de :

- un représentant de la ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique, de l'Asile et de la Migration,
- un représentant du SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement,
- un ou plusieurs représentants du Collège,
- un représentant du Studie Centrum voor Perinatale Epidemiologie (SPE) : R. De Vlieger,
- un représentant du Centre d' Epidémiologie Périnatale (CEpiP) : F. Debiève

Le premier comité d'encadrement a eu lieu le 4 novembre 2019, vous trouverez en annexe le rapport de ce comité ainsi qu'un PDF de la présentation.

Un second comité d'encadrement était prévu le 31 mars 2020, mais a dû être annulé en raison de l'épidémie COVID-19.

## 2. Projet Interruption médicale de grossesse (IMG).

Le projet comprenait une partie d'enregistrement des causes d'IMG et de leur nombre sur l'année 2018. Le travail a été débuté en Wallonie et sera effectué fin de l'année 2020 en Flandre.

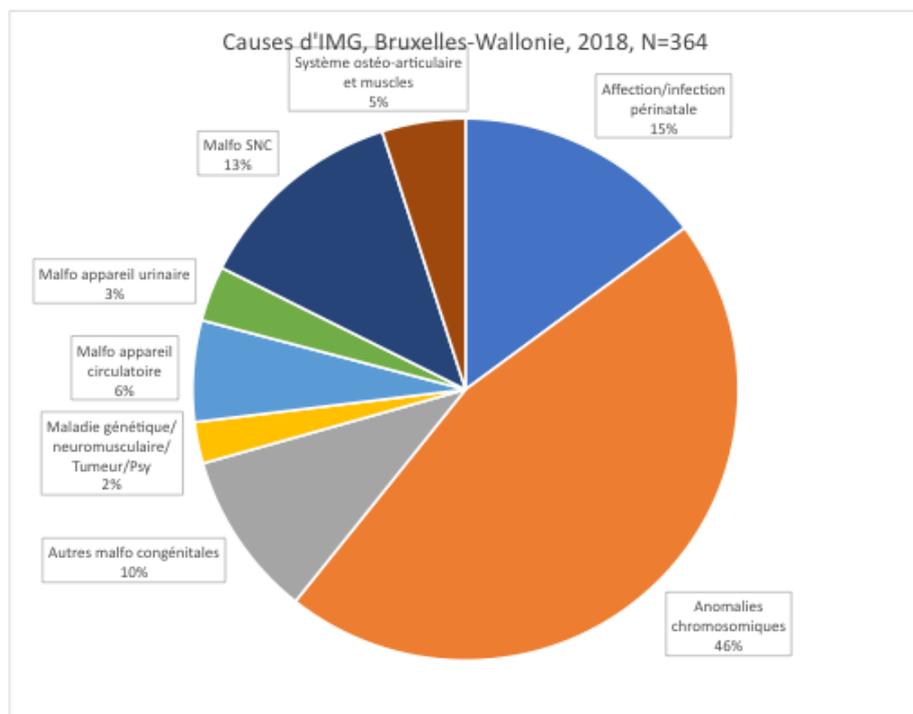
Les premiers résultats pour la Wallonie avec 2/3 des hôpitaux répertoriés montrent :

<b>Raisons IMG (N=364)</b>	
Affection/infection périnatale	54
Anomalies chromosomiques	167
Autres malfo congénitales	36
Maladie génétique/neuromusculaire/Tumeur/Psy	9
Malfo appareil circulatoire	22
Malfo appareil urinaire	12
Malfo SNC	46
Système ostéo-articulaire et muscles	18
	<b>364</b>

<b>Age de la mère (N=313)</b>		
<b>Age moyen</b>	<b>33,3 ans</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
< 20 ans	2	0,6
20-24 ans	21	6,7
25-29 ans	55	17,6
30-34 ans	99	31,6
35-39 ans	80	25,6
>= 40 ans	56	17,9

<b>Age gestationnel (N=364)</b>		
<b>Age gestationnel moyen</b>	<b>20 semaines</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
<10 semaines	0	0,0
10-14 semaines	45	12,4
15-19 semaines	180	49,5
20-24 semaines	67	18,4
25-29 semaines	43	11,8
>= 30 semaines	29	8,0



Reste donc à terminer la récolte de données pour la wallonie et intégrer celles de la flandre dont noiush devrions avoir les résultat fin de l'année 2020.

Nous avons ensuite obtenu un concensus auprès de membres du collège afin de proposer une réforme de la pratique de l'interruption médicale de grossesse tant dans la procédure que la pratique :

### A. Loi actuelle.

La loi belge du 3 avril 1990 dépénalise partiellement l'avortement. En effet, l'article 350 commence par une interdiction générale, mais il se poursuit en son deuxième alinéa par les conditions pour lesquelles l'interruption de grossesse peut être pratiquée sans qu'il n'y ait d'infraction :

1. L'interruption volontaire de grossesse due à l'état de détresse de la femme enceinte est pratiquée par un médecin avant la 12ème semaine de la conception.
2. L'interruption de grossesse est motivée par des raisons médicales, sans limite gestationnelle, lorsque la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou lorsqu'il est certain que l'enfant à naître sera atteint d'une affection d'une particulière gravité et reconnue comme incurable au moment du diagnostic.

Selon les travaux préparatoires de la loi, la santé s'entend au sens physique et mental à l'exclusion d'un état de détresse sociale.

Dans ce cas, l'interruption volontaire, dite médicale, de grossesse pourrait être pratiquée jusqu'au 9ème mois et le médecin sollicité s'assurera de l'avis d'un second médecin, notifié dans le dossier.

## **B. Proposition de changement**

1. Inclure dans la notion de santé de la femme, la notion de détresse psycho-sociale sévère.

2. Modifier de l'avis « d'un second médecin, notifié dans le dossier » vers « d'une commission interruption médicale de grossesse (I.M.G.) ».

- une demande écrite d'une IMG est faite et signée par la patiente. Ce document est conservé dans le dossier médical de la patiente.

- cette commission siège dans les 10 jours de la demande, dans un centre agréé, affilié à un centre MIC-NIC reconnu.

- Un contact avec un psychologue ou un psychiatre avant réunion de cette commission est demandé.

- composition de cette commission :

- un(e) gynécologue spécialisé en médecine périnatale, préside cette commission.

- un(e) pédiatre spécialisé en néonatalogie.

- un généticien affilié à un centre de génétique.

- un(e) psychologue ou psychiatre ayant eu un contact avec la patiente.

- une sage-femme coordinatrice en médecine fœtale.

- un(e) médecin spécialiste en rapport avec l'affection du fœtus ou de la mère.

- Facultativement, un représentant de la patiente peut également être entendu par cette commission.

- La commission décide de valider la demande si un consensus est obtenu auprès des membres présents. Elle peut demander une « aide à la décision » du comité d'éthique de l'institution, sans que cet avis soit péremptoire.

- La commission tient un registre de ses activités.

- Cette commission propose les examens complémentaires à réaliser chez la patiente et chez le fœtus et donne ses recommandations post-IMG.

- Une consultation post-abortum est organisée, tenant compte des recommandations post IMG de la commission. Cette consultation reprendra les résultats des analyses complémentaires et des recommandations pour une future grossesse. Un rapport est conservé dans le dossier.

- un procès verbal reprenant la demande et l'identification de la patiente, l'âge gestationnel du fœtus et la raison de l'IMG et les recommandations d'exams complémentaires est signé par les membres de la commission en accord avec cette demande est conservé dans le dossier médical de la patiente et le registre de la commission.

- La sage-femme ou l'assistante sociale informera la patiente des démarches et formalités administratives pour la prise en charge du corps.

- La nécessité d'un foeticide (donc préalable à l'accouchement), à partir de 20 semaines post conception, sera évalué par la commission.

Dans ce cas, l'accouchement devra obligatoirement être procédé dans le centre qui a réalisé ce foeticide.

- La déclaration d'une IMG est obligatoire avec mention de la notion d'IMG quelque soit le terme :

- via CEPIP/SPE quelque soit l'âge gestationnel.

- Via déclaration de naissance obligatoire et Model III D à partir de 180 jours de grossesse (25+5w)

- Via Model III D seul si <180 jours et > 22 semaines ou 500g

- Entre 140 et 180 jours possibilité de délivrer aux parents une attestation de fausse couche tardive

Renseignements à fournir :

- âge gestationnel
- diagnostic retenu comme raison de l'IMG
- préciser cause fœtale ou cause maternelle

## **C. Recommandations pour les technique d'IMG**

### *1. Foeticide*

- Sufentanyl (conditionnement de 2ml ; 0.005 mg/ml) en intracordonal
- Lidocaïne 2% 10 ml en intracardiaque ou en intracordonal
- en cas d'échec, injection en intracardiaque uniquement de 10 ml KCL

### *2. Eviter la montée laiteuse*

- traitement conservateur
- Cabergoline 2 comprimés 0,5 mg au delà de 18 semaines d'aménorrhée peut être une alternative.

### *3. Préparation à l'accouchement : Mifépristone (Mifégyne)*

- en tout cas en dessous de 26 semaines d'aménorrhée.
- 200-600 mg 36 à 48 heures avant l'induction de l'accouchement
- pas d'administration si col ouvert

### *4. Induction de l'accouchement, différentes techniques possibles :*

- dilatation mécanique du col :
  - ballonnet
  - dilapan

- prostaglandines locales :
  - PGE1 = misoprostol sous forme de comprimés vaginaux ou per os
  - PGE2 = dinoprostone sous forme de comprimés vaginaux ou gel ou

pessaire

imbibé

- en cas d'antécédent de césarienne, on utilisera une moitié de la dose habituelle de prostaglandines locales et on favorisera les moyens mécaniques.

- en cas d'échec des autres techniques uniquement, on utilisera l'administration de prostaglandines E2 en intraveineux

- dès que le col est favorable (score de Bishop >6), l'ocytocine peut être utilisée

Pour le Collège,

Professeur Frédéric Debiève