

# **Evaluation de l'acceptabilité de l'organisation en réseau de soins périnataux auprès des professionnels de santé** (Résumé d'étude février 2003 / S David <sup>(1)</sup>)

## **PRESENTATION DE L'ETUDE**

**1<sup>er</sup> VOLET : ANALYSE DE CONTENU DES ENTRETIENS menés dans le département du Rhône dans une perspective d'analyse psycho-sociale (mars à décembre 2001).**

C Durif-Bruckert <sup>(2)</sup>, S David <sup>(1)</sup>, P Scharnitzky <sup>(3)</sup>, J-P Durif-Varembont <sup>(3)</sup>, N Mamelle <sup>(1)</sup>.

**2<sup>ème</sup> VOLET : APPLICATION à l'évaluation de l'acceptabilité dans 2 autres réseaux périnataux Auvergne et Gard-Lozère (mai à septembre 2002).**

S David <sup>(1)</sup>, C Durif-Bruckert <sup>(2)</sup>, JP Durif Varembont <sup>(3)</sup>, D Lemery <sup>(4)</sup>, G Masson <sup>(5)</sup>, P Scharnitzky <sup>(3)</sup>, O Claris <sup>(6)</sup>, N Mamelle <sup>(1)</sup>.

<sup>(1)</sup> INSERM U369, Faculté de médecine Lyon – RTH Laennec, 8 rue G Paradin, 69372 Lyon cedex 08.

<sup>(2)</sup> GRIC – CNRS UMR 5612, Université Lyon II, 5, avenue Pierre Mendès France, 69676 Bron cedex

<sup>(3)</sup> Institut de psychologie, département de psychologie sociale, Université Lyon II, 5 avenue Pierre Mendès France, 69676 Bron cedex

<sup>(4)</sup> Service de Gynécologie-obstétrique, Hôpital de l'Hôtel Dieu, bd Léon Malfreyt, 63058 CLERMONT FERRAND cedex 1

<sup>(5)</sup> Service de Gynécologie-obstétrique, Hôpital Caremeau, 246 chemin du Carreau de Lanes, 30029 NIMES cedex 9

<sup>(6)</sup> Service de Néonatalogie, Hôpital Edouard Herriot, 5 place d'Arsonval, 69008 LYON

## Sommaire

<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE .....</b>	<b>4</b>
<b>I CONTEXTE .....</b>	<b>4</b>
<b>II MÉTHODES .....</b>	<b>4</b>
<b>ETUDE PSYCHO-SOCIOLOGIQUE : ANALYSE DE CONTENU DES ENTRETIENS .....</b>	<b>5</b>
<b>I CONNAISSANCE DU DÉCRET .....</b>	<b>5</b>
A) Qualité de la connaissance.....	5
B) Sources de la connaissance.....	5
<b>II PERCEPTIONS POSITIVES DU DÉCRET .....</b>	<b>5</b>
A) Le décret forme un texte de réglementation.....	5
B) Le décret structure le repérage des grossesses à risques.....	5
C) Le décret permet la complémentarité des compétences.....	5
D) Le décret maintient et optimise les acquis.....	6
E) Le décret instaure l'ouverture de débats.....	6
<b>III LIMITES ET PERCEPTIONS NÉGATIVES DU DÉCRET .....</b>	<b>6</b>
A) La déconnexion contenu / pratique.....	6
1) Le décret est rédigé "d'en haut" .....	6
2) Le décret propose des réformes déjà effectives sur le terrain.....	6
3) Le décret manque de clarté et de prise de position explicite.....	7
4) Le décret complique des situations réelles de terrain .....	7
B) Absence de moyens adéquats à l'application du décret.....	7
1) Personnel.....	7
2) Matériel et technique.....	7
3) Conditions de travail.....	8
4) Equipement des établissements de niveau III.....	8
5) Précarité des accès et des parcours professionnels .....	8
6) Précarité de la prise en charge psychologique et de l'information des femmes.....	9
C) Le découpage des structures en niveaux.....	9
1) La problématique des transferts.....	9
1a) Absence de critères de reconnaissance des pathologies et de transfert.....	9
1b) Problèmes de fonctionnement entre établissements de niveau différent.....	10
1c) Problèmes économiques suscités par le transfert .....	10
1d) Absence de répartition des responsabilités lors des transferts .....	10

2) Le risque de création de pôles de concentration des pathologies .....	10
2a) Risque de discrimination des femmes pathologiques.....	11
2b) Risque de saturation des établissements de niveau III.....	11
3) La question de l'orientation des femmes .....	11
4) Clivage entre les centres de différents niveaux, ressenti comme une suite de pertes.....	12
5) Dramatisation et surmédicalisation de l'accouchement.....	13
6) Climat d'intensification des risques médico-légaux.....	14
7) Clivage entre les établissements privé /public .....	14
D) Difficulté d'application du décret.....	14
<b>IV PERCEPTION DE L'ÉVALUATION DU RÉSEAU PÉRINATAL .....</b>	<b>15</b>
<b>V RECOMMANDATIONS POUR AMÉLIORER LE RÉSEAU .....</b>	<b>15</b>
<b>VI CONCLUSION .....</b>	<b>15</b>
<b>ETUDE ÉPIDÉMIOLOGIQUE : APPLICATION À 2 AUTRES RÉSEAUX PÉRINATALS FRANÇAIS .....</b>	<b>16</b>
<b>I RÉALISATION DE L'ÉTUDE .....</b>	<b>16</b>
A) Population.....	16
B) Construction du questionnaire .....	16
C) Passation du questionnaire.....	16
D) Construction des scores .....	17
E) Analyse statistique .....	17
<b>II RÉSULTATS .....</b>	<b>18</b>
<b>III CONCLUSION .....</b>	<b>20</b>
<b>CONCLUSION GÉNÉRALE .....</b>	<b>21</b>
<b>RÉFÉRENCES DE L'ÉTUDE .....</b>	<b>22</b>

# Présentation de l'étude

## I Contexte

En France, les expériences de prise en charge sanitaire et sociale coordonnée se sont développées dans les années 70, prenant de l'ampleur en 1991. Par la suite, le ministère de la Santé souhaitant replacer le patient au cœur du système de soins, les *ordonnances de 1996* sont parues, instituant une politique de régionalisation des soins avec le concept de *réseaux en santé*. Dans le domaine de la périnatalité, les professionnels ont été les premiers à recevoir une sollicitation forte à mettre en place des *réseaux de soins périnataux* (décrets 1998). L'un des éléments principaux de cette politique est d'*améliorer le devenir des enfants de petits poids* en orientant les femmes "à risque d'accouchement prématuré" vers les maternités disposant d'un niveau de soins pédiatriques adapté (niveau II ou III). Cette politique nécessite, a contrario, l'orientation des femmes "à bas risque" vers les maternités de niveau I (maternité sans néonatalogie dans l'établissement).

Au niveau international, la littérature a montré très tôt que le transfert materno-foetal améliorerait le pronostic de la grande prématurité en termes de mortalité et de morbidité, et plusieurs essais anglo-saxons ont aussi montré une meilleure acceptabilité par les femmes "à bas risque" d'une prise en charge "allégée", en termes de satisfaction globale. Pourtant, l'efficacité de la politique de régionalisation des soins, dans son ensemble, reste encore discutée et ne permet pas de conclure formellement au bien fondé de cette politique.

En conséquence, au cœur des débats relatifs à l'évaluation des réseaux de soins périnataux, l'objectif de cette étude était d'*évaluer l'acceptabilité de cette organisation en réseau* auprès des acteurs médicaux concernés, acceptabilité sans laquelle on ne peut attendre un réel bénéfice de cette politique sur la santé des mères et des enfants.

## II Méthodes

La population étudiée incluait *l'ensemble des acteurs médicaux* impliqués dans un réseau de soins périnataux : anesthésistes, gynéco-obstétriciens, gynécologues médicaux, médecins généralistes, médecins de SAMU, pédiatres néonatalogues et sages-femmes.

L'étude comprenait **2 volets complémentaires et successifs** :

- un **1<sup>er</sup> volet qualitatif**, de type psycho-sociologique, basé sur des *entretiens semi-directifs* (selon un canevas d'entretien), menés par 3 psychologues et 1 médecin formé à la technique d'entretien, auprès d'une cinquantaine de professionnels impliqués dans le réseau du Grand Lyon (département du Rhône). L'*analyse de contenu de ces entretiens* a permis de dégager les facteurs d'acceptabilité et de résistance des professionnels vis à vis de cette politique<sup>1</sup>.
- un **2<sup>ème</sup> volet quantitatif**, de type épidémiologique, basé sur une enquête par questionnaire auprès d'un *échantillon représentatif* des professionnels impliqués dans les réseaux périnataux Auvergne et Gard-Lozère. L'analyse des réponses aux questionnaires a permis de développer un outil de mesure de l'acceptabilité des professionnels, reposant sur des *scores d'acceptabilité*. Ces scores ont permis de **quantifier** l'acceptabilité des professionnels et de la **comparer** d'un groupe professionnel à l'autre selon leur spécialité ou leur lieu d'exercice (statut juridique et niveau de soins).

---

<sup>1</sup> Ce volet a fait l'objet d'un **rapport d'étude** : C Durif-Bruckert, S David, P Scharnitzky, J-P Durif-Varembont, N Mamelle. Perceptions du décret périnatalité d'octobre 1998. Evaluation de son applicabilité auprès des professionnels de santé. INSERM U369 et CNRS UMR 5612, 2002.

# Etude psycho-sociologique : analyse de contenu des entretiens

(Synthèse établie à partir du rapport : C Durif-Bruckert, S David, P Scharnitzky, J-P Durif-Varembont, N Mamelle. Perceptions du décret périnatalité d'octobre 1998. Evaluation de son applicabilité auprès des professionnels de santé. INSERM U369 et CNRS UMR 5612, 2002. <http://audipog.inserm.fr/>)

## I **Connaissance du décret**

### A) **Qualité de la connaissance**

Le décret, bien que datant de 1998, ne reste que très approximativement connu.

Plus le professionnel exerce dans un établissement de niveau de soins élevé, plus la connaissance du décret se précise.

Les pédiatres et les néonatalogues sont, en général, mieux informés du contenu du décret que leurs collègues.

### B) **Sources de la connaissance**

Les sources sont essentiellement officielles (ou syndicale) pour les professionnels exerçant dans un établissement de niveau III. Sinon, le décret est, avant tout, connu par la **conversation** : « *on en parle depuis un certain temps* », « *je le connais plus par des bruits de couloir* », « *on en parle entre nous* ». Beaucoup ne l'ont pas lu ou alors très rapidement. Sa lecture est estimée difficilement compréhensible (très technique), et peu articulable à la pratique.

## II **Perceptions positives du décret**

### A) **Le décret forme un texte de réglementation**

Le décret est perçu essentiellement comme un **cadre** de réglementation des **pratiques et de complémentarités des compétences**, dans le but d'améliorer la sécurité médicale, du point de vue des patientes mais aussi des praticiens. Il « *bouscule les habitudes* », « *oblige* », « *force* » une organisation des soins, en « *accélère le cadrage* » dans le sens d'une plus grande sécurité pour la mère et le bébé. Le décret a un rôle de « *restructuration* » et de « *réaménagement* » des pratiques, comme un repère ou un ensemble de références qui donne le « *canevas* » à suivre : « *on ne peut pas faire n'importe quoi* ».

### B) **Le décret structure le repérage des grossesses à risques**

Pour les professionnels, le décret structure la prise en charge des naissances difficiles et amène à poser la différence entre « *le courant* » et les « *choses particulières* ». Cet aspect du décret est vu par l'ensemble des praticiens. En outre, il favorise le transfert in utero : « *avec le décret, on transfère beaucoup plus in utero, je pense que c'est une très bonne chose* » (obstétricien, niveau I).

### C) **Le décret permet la complémentarité des compétences**

Les professionnels pensent que le décret permet, en regroupant les établissements de soins, la complémentarité des compétences. En ce sens, les professionnels trouvent quelques avantages

au décret, avantages qui sont très timidement argumentés, (et qui seront systématiquement modulés par des propos contradictoires), tels que *l'augmentation des performances, la diminution du pourcentage des complications, la sécurisation des soins* liée à l'obligation d'astreinte du pédiatre. Ceci permet de « *recupérer* » quelques situations, et de « *limiter les risques et les complications propres aux petites maternités* » (anesthésiste, niveau I).

## D) Le décret maintient et optimise les acquis

Les professionnels pensent que ce décret apportera un plus à leurs pratiques : « *On perdra des chances si on n'applique pas le décret* ».

## E) Le décret instaure l'ouverture de débats

Le décret soulève des débats chez les professionnels, tels que ceux sur l'éthique de la naissance, sur l'éthique des soins ou sur la santé publique.

# III Limites et perceptions négatives du décret

Cependant, l'ensemble des professionnels discute la *pertinence de son contenu* et les moyens mis en œuvre pour son application : « *dans l'idée, il est correct, mais dans la réalisation, ça ne suit pas* ». Si l'importance d'une réglementation est immédiatement citée dans les entretiens, en avançant dans l'échange, l'argumentation des professionnels laisse apparaître les limites de l'application du décret. Le décret leur semble émaillé de points contradictoires, de paradoxes et de malentendus très vifs ; et sa validité pratique est fortement discutée.

## A) La déconnexion contenu / pratique

### 1) Le décret est rédigé "d'en haut"

Les professionnels reprochent un manque de discussion entre le gouvernement et les professionnels de terrain.

« *Les décisions sont prises là-haut et parfois on se demande même s'ils ont demandé aux gens qui travaillent sur le terrain. C'est valable pour tous les corps de métier.* » (obstétricien, niveau I), « *Si on veut que les praticiens s'intéressent aux décrets, ils faut que ça corresponde à ce qu'ils font en mieux... Si c'est complètement utopique et irréalisable, si les gens ne se sentent pas concernés, ils n'essayeront même pas...* » (sage-femme, niveau I).

Du fait de cette déconnexion, le décret « *ne peut pas marcher* », « *c'est toujours la même question, pourquoi on est obligé de passer par des textes au lieu d'obtenir un certain nombre de trucs par la discussion* » (anesthésiste, niveau III).

« *Malheureusement, les gens qui sont dans leur bureau ne se rendent pas compte, ils n'ont pas toutes les subtilités du terrain...* » (pédiatre, niveau I), « *il y a un gouffre entre ce qui est marqué sur le papier et la réalisation sur le terrain, le gouffre dans l'espace et le temps...* » (obstétricien, niveau II).

### 2) Le décret propose des réformes déjà effectives sur le terrain

Les professionnels pensent que le potentiel de transformation d'un certain nombre de pratiques, déjà adoptées, « *déjà en route* », n'est pas pris en compte. Il est, de ce point de vue, perçu comme un « *texte inutile* », au point que certains praticiens le voient comme un décret prévu à l'intention des autres corps professionnels de la périnatalité: « *c'est un décret pour les pédiatres* ».

« *On a des amis obstétriciens, dans les maternités alentours, avec qui on a l'habitude de travailler, ce n'est pas d'un seul coup qu'on s'est mis à travailler avec eux en 1998... C'est*

*un cheminement ancien, par copinage entre les différents intervenants* » (obstétricien, niveau III).

### 3) *Le décret manque de clarté et de prise de position explicite*

Certains professionnels font remarquer que le caractère incomplet du décret, son absence de lisibilité et les ambiguïtés qu'il comporte, laissent la possibilité d'interprétations diverses et même divergentes.

Comment vont être dessinées les limites de l'application à la jonction de ce qui est écrit et de ce qui ne l'est pas ? « *Faut-il se positionner dans une application molle : on attend un peu pour le transfert... Ou au contraire, une application stricte ?* »

### 4) *Le décret complique des situations réelles de terrain*

Certains professionnels pensent que le décret est « *décalé* » par rapport à la pratique, et fonctionne, de ce fait, comme un « *discours normatif et administratif* ». Ils trouvent que le décret est empreint d'objectifs implicites d'ordre politique et économique. Le décret nie l'existence des réseaux déjà fonctionnels, constitués depuis de longue date sur des critères de proximité, de confiance, d'amitiés et d'affinités. Plus encore, ils pensent que ce décret détruit une structure déjà existante plutôt que de la consolider et de l'étoffer là où elle est faible : « *D'un seul coup les technocrates ont décidé que pour sauver un cas sur mille on allait tout casser et c'est exactement ce qui se passe...* » (obstétricien, niveau I), « *on ne supprime pas les choses comme ça du jour au lendemain quant à l'autre bout y'a pas de place* » (pédiatre, niveau II).

Enfin, il ne prend pas en compte le réseau parallèle « *hôpital /structure hors les murs* » : « *C'est vrai à l'hôpital quand on travaille en suite de couches, on n'a pas le temps, alors on répond de façon brève et les femmes ne sont pas satisfaites* » (sage-femmes), « *l'hôpital aurait drôlement intérêt pour désengorger ses services d'avoir comme relais les généralistes et les sages-femmes* » (obstétricien, niveau II).

## B) *Absence de moyens adéquats à l'application du décret*

Du point de vue de tous les professionnels, les moyens adéquats à l'application du décret ne sont ni considérés ni attribués. L'absence de moyens est l'objet d'une réelle inquiétude : l'absence de moyens humains, l'absence de moyens techniques, mais aussi l'absence de moyens de formation.

### 1) *Personnel*

Les professionnels pointent la précarité des équipes de soignants : médecins, sages-femmes de bloc et infirmières sont souvent en sous-effectif : « *il faut un ratio d'infirmière par enfant malade que l'on n'a pas forcément pour l'instant* » (pédiatre, niveau III). Ce manque de personnel met en défaut le lien et la coordination intra-structures : « *il ne peut plus y avoir de relèves, il n'y a que des relèves écrites* » (sage-femme, niveau III).

Par ailleurs, chaque corps professionnel s'inquiète de la baisse de la démographie médicale dans sa spécialité.

L'absence de moyens de formation est évoquée plus souvent par les pédiatres et néonatalogues.

### 2) *Matériel et technique*

L'absence de moyens techniques et le manque de lits est largement évoquée par les anesthésistes, les obstétriciens et les pédiatres.

### 3) Conditions de travail

Les professionnels font remarquer que le volume horaire du travail et le surmenage, sont des points qui ne sont pas abordés par le décret, spécifiquement en ce qui concerne les établissements de niveau III : « *actuellement on n'a pas réglé le surplus qu'on fait et tout le travail dissimulé* », « *je ne suis pas pessimiste, mais on est abusé, malmené, épuisé par un tas de choses...* » (obstétricien, niveau III).

Beaucoup évoquent le problème des rémunérations et cotations qui ne sont pas non plus abordées par le décret. Ils pensent que l'application de la mise en réseau nécessite une réforme de la nomenclature des actes médicaux qui est encore à faire.

### 4) Equipement des établissements de niveau III

Plus spécifiquement, *l'équipement des établissements de niveau III et leur faiblesse d'accueil actuelle* ne sont pas pris en compte et restent, pour l'ensemble des professionnels, l'obstacle insurmontable de la mise en réseau.

- Certains professionnels pensent que la capacité d'accueil des établissements de niveau III est trop faible et évoquent même le « *double jeu* » de ces établissements qui continuent à accueillir des grossesses normales : « *le décret régleme le transfert, mais les possibilités réelles de transfert seront-elles mises en place ?* » (anesthésiste, niveau I). certains pensent que les établissements de niveau III, à l'heure actuelle, ne fonctionnent pas pleinement comme niveau réservé uniquement aux pathologies : « *ils ne jouent pas le vrai jeu de la pathologie* ». Enfin, dans tous les entretiens, on entend cette plainte : « *on passe des heures et des heures à trouver une place* »...
- A cette faiblesse d'accueil des établissements de niveau III, les professionnels ajoutent la variabilité temporelle et géographique des flux de pathologie propres à l'obstétrique et qui échappent en grande partie à la prévision.
- Par ailleurs, un problème crucial, largement revendiqué par les pédiatres, est celui du transport et de « *l'absence d'un SMUR pédiatrique* » à Lyon : « *le transport est actuellement le maillon faible des transferts* », ce qui pour eux est un véritable paradoxe.

De l'avis des professionnels, ce décret qui est censé améliorer la prise en charge des femmes en situation d'urgence « *n'a pas résolu le problème des transferts en urgence* », et aurait même intensifié le problème du fait :

- d'une perte d'assurance de chaque praticien des établissements de niveau I et II : « *On est obligé maintenant de faire attention, on nous le reprocherait* » (obstétricien, niveau I).
- de la détérioration d'un réseau de collaboration pertinent fondé sur la confiance et l'habitude « *je crois que ça a rigidifié quelque chose qui se faisait spontanément* » (obstétricien, niveau II), « *avant que ce décret ne sorte, il y avait déjà un nombre limité de lits de néonatalogie, mais certains établissements, dans les grandes villes autour de Lyon (Bourg, Valence), s'occupaient très bien des nouveau-nés, même des cas graves. Ils les prenaient sur place, les ventilaient, les intubaient... Puis d'un seul coup, ces gens-là, on les a décrétés incompetents...* » (pédiatre, niveau II).

Cet aspect vif du décret a suscité beaucoup de colère dans les propos des gynéco-obstétriciens comme des pédiatres : « *même si vous êtes un chef de clinique, qui opérerait la veille en niveau III... Vous devez vous conformer au niveau de la clinique. Si le niveau est le I, vous devez transférer, même si vous avez les compétences...* » (pédiatre, niveau II).

### 5) Précarité des accès et des parcours professionnels

Du point de vue de tous les professionnels, la structuration des formations, des accès et des parcours professionnels est profondément précarisée (i.e. néonatalogues, internes,



anesthésistes, sages-femmes). Parler de la mise en place de ce décret amène de nombreux praticiens à rendre compte de leur inquiétude à ce propos. L'épuisement professionnel, les contraintes médico-légales, la précarisation des statuts et l'absence de clarification ou de reconnaissance des responsabilités risquent d'aboutir à une « *désertion des professions* », à « *un morcellement des référents* » et à « *une baisse de la qualité médicale et psychologique de la prise en charge globale* ».

## 6) *Précarité de la prise en charge psychologique et de l'information des femmes*

La crainte de la désertion des établissements de niveaux I par les mères (problématique du fameux « *tri* » et de la répartition des femmes), ainsi que la difficulté d'une réelle réciprocité qui passe par le renvoi éventuel des femmes dont le risque pathologique a été levé vers leur niveau d'origine, sont abordées ici et dans différentes rubriques de cette analyse. Cette crainte est multifactorielle et a des incidences diverses. Elle traverse l'ensemble des discours des pédiatres et obstétriciens.

Les professionnels craignent que les femmes ne comprennent pas les découpages et la complémentarité entre les différents niveaux de soins. Ils ont peur que ça donne lieu à des choix liés inévitablement « *à ce que l'on connaît déjà* »... « *Je pense qu'il va falloir une information grand public assez pointue pour expliquer qu'avec tel ou tel risque, il faut aller à tel ou tel endroit... les réseaux, à part quelques professionnels, le grand public ne comprend pas... Ce sont des subdivisions assez subtiles* » (pédiatre, niveau II).

L'absence de prise en charge psychologique des patientes est évoquée par tous, et plus largement parmi les sages-femmes.

## C) *Le découpage des structures en niveaux*

Ce découpage des structures en niveaux est problématique pour les professionnels, car assimilé à une hiérarchisation entre « *pôles de références* » et « *petits niveaux* » qui risquent à long terme de devenir des pôles « *dévalorisés* » techniquement.

Pour l'ensemble des praticiens, la centralisation des grosses maternités et le risque de disparitions des petites structures est une inquiétude. Certains professionnels imaginent, à moyen terme, la « *concentration des grossesses pathologiques* » dans les établissements de niveau III. Entre les deux, l'établissement de niveau II est souvent perçu comme une « *structure bâtarde* ».

Sur ce fond de craintes, différents types de problèmes sont précisément évoqués :

### 1) *La problématique des transferts*

Les professionnels mettent l'accent sur l'absence de grille décisionnelle des transferts clairement définie et utilisable, sur la nécessité de clarifier certaines situations dans le contexte économique et juridique actuel.

#### 1a) **Absence de critères de reconnaissance des pathologies et de transfert**

Le caractère flou de ces critères de transfert suscite l'excès et l'insécurité chez les praticiens : « *il est normal, pour les grosses pathologies ou les malformations, que les mamans soient transférées en niveau III ; pour les menaces d'accouchement prématuré très sévères, c'est normal... Mais sinon, il y a toute une frange, je pense qu'il ne faut pas trop transférer non plus...* » (obstétricien, niveau I).

Les critères pédiatriques semblent soulever moins de difficultés, les pédiatres ayant travaillé entre eux pour produire des grilles, tout au moins provisoires, de façon à pouvoir fonctionner

consensuellement dans un premier temps : « *Nous, on a déjà posé sur la région Rhône-alpes les indications de transfert de I à II et de II à III. C'est en train de s'appliquer petit à petit...* » (pédiatre, niveau III).

### **1b) Problèmes de fonctionnement entre établissements de niveau différent**

Les professionnels craignent des dysfonctionnements dans l'organisation des transferts tels que l'absence de réciprocité pour les transferts : « *ça ne fonctionnera que dans un seul sens : bas /haut* » : « *il faudra que ça marche dans tous les sens, sinon, ça n'a pas d'intérêt, on va se retrouver avec des niveaux qui seront submergés et d'autres niveaux où il n'y aura pas de patientes* » (sage-femme, niveau II). « *De toute façon, il y aura des rétentions, la patiente va rester à l'endroit où elle a été adressée, elle ne sera pas ré-adressée par le niveau II chez nous...* » (obstétricien, niveau I). « *Il ne peut y avoir de succès dans ce domaine que s'il y a une réelle réciprocité* » (pédiatre, niveau III).

Les professionnels pensent qu'il s'agit aussi de faire évoluer les mentalités des femmes enceintes et de les informer sur les véritables enjeux de la mise en place de ces transferts : « *ce qu'il faudrait faire admettre aux gens, aux couples, aux futurs parents, c'est que lorsqu'on atteint la fin du 7ème mois environ, la maternité de niveau I fera aussi bien que la maternité de niveau III et pas moins bien... Donc il est logique d'être re-transféré vers la maternité d'origine. Mais ça ne va pas être simple. Il va y avoir des mouvements de population et des flux de personnes qui ne seront pas faciles à gérer...* » (obstétricien, niveau III).

### **1c) Problèmes économiques suscités par le transfert**

Les craintes suivantes, concernant les problèmes économiques suscités par le transfert, sont abordés avec discrétion et par quelques praticiens (les anesthésistes sont plus libres pour le faire). Ils discutent notamment de :

- la baisse des ratios liés à la faiblesse du niveau,
- la perte du forfait accouchement en cas de transfert (le forfait journalier va à la clinique où naît l'enfant) et la responsabilité financière du transfert pour celui qui en prend la décision : « *celui qui demande le transfert paye le SAMU, mais en plus il perd un acte, une cliente et probablement le suivi de la grossesse actuelle et potentiellement de celles à venir* » (anesthésiste, niveau II). « *Le risque d'un tel décret est de diagnostiquer comme femme à risque toutes les femmes ayant déjà présenté un risque* » (anesthésiste, niveau I).
- l'établissement qui reçoit la mère et l'enfant en situation de risque « *potentiel* » et qui bloque un lit de réanimation néonatale de manière peut-être inconsidérée (hors de tout bénéfices d'acte). Et si la femme est « *rebasculée dans son service d'origine* », l'unité de niveau III assure le suivi mais elle perd l'acte d'accouchement (le plus élevé) et doit à son tour payer le transfert dans l'autre sens...

Si le mouvement s'intensifie de façon abusive, du fait d'une pression médico-légale soutenue, certains professionnels se demandent comment va se négocier, sur le plan économique, ce type de perte, surtout dans les structures privées.

### **1d) Absence de répartition des responsabilités lors des transferts**

Dans le contexte actuel d'intensification des pressions médico-légale, clarifier le problème des responsabilités lors des transferts semble impératif aux professionnels. « *Si la femme a un problème pendant le transport (crise d'éclampsie, accident, traumatisme crânien), quelle est la maternité responsable : la maternité de départ ou d'arrivée ?* » (obstétricien, niveau III).

## *2) Le risque de création de pôles de concentration des pathologies*

La plupart des professionnels craignent l'apparition de grands pôles mères-enfant, entraînant la concentration des pathologies et devenant même de véritables « usines à bébé ».

## **2a) Risque de discrimination des femmes pathologiques**

Les professionnels font remarquer que les centres de niveau III risquent de ne plus représenter la diversité des vécus liés à la grossesse. Ils craignent qu'une ambiance morbide règne dans ces services. « *les femmes vont se retrouver entre grossesses pathos, et on va finir par avoir des services de suites de couches où les femmes seront seules, on n'entendra plus un cri de bébé en suites de couches* », « *certaines sages-femmes en ont marre d'accoucher des enfants morts-nés, des enfants malformés. Au bout d'un moment, psychologiquement, elles ne pourront pas suivre, il faudra vraiment qu'elles se blindent, mais elles auront perdu ce côté humain...* » (sage-femme, niveau III).

De nombreux professionnels de tous les niveaux craignent cette discrimination : « *c'est comme si toutes les grossesses devenaient, au nom de la notion de grossesse à risque, porteuses potentielles de complications* », « *c'est comme s'il n'était pas conforme de vivre une grossesse sans faux pas* ».

## **2b) Risque de saturation des établissements de niveau III**

Face à leur pratique actuelle, certains risques secondaires à l'organisation en réseau et plus spécifiquement à la saturation des établissements de niveau III sont évoqués par les professionnels :

- le risque de « *l'étouffement rapide de ces grands centres* ». « *Que faire si l'on déborde ? Et si on prend une personne de plus, le risque est de mettre en danger tous ceux qui sont déjà là, et auprès desquels il y a déjà engagement de soins* » (obstétricien, niveau II), « *le problème est que dès que l'on dépiste quelque chose, il faut pouvoir suivre et assumer après* » (obstétricien, niveau III). Un tel regroupement amène les équipes des établissements de niveau III à faire des choix cruciaux, et inacceptables pour une part d'entre eux, en terme de suivi en maternité : « *comment concilier les choses qui devraient pourtant être de la responsabilité d'une maternité ? Est-ce que l'on peut concilier pédiatrie, diagnostic anténatal, allaitement, soutien psychologique minimum, tout en assurant l'obligatoire réduction du temps d'hospitalisation ?...* » (obstétricien, niveau III).
- le risque de « *création des problèmes infectieux à grande échelle du fait de la concentration des pathologies* » (sage-femme, niveau III)
- le risque d'un « *travail à la chaîne* » et du morcellement des soins préjudiciables à la qualité des soins et des prises en charge (largement évoqués par le corps des sages-femmes). Chacun devient plus ou moins le « *prestataire de service* » de l'autre. « *Moi, je n'aimerais pas travailler dans une grosse structure, il y a un côté usine, et j'imagine très bien le rapport humain avec les femmes qui viennent accoucher, ça se résume à un contact dans un box* » (anesthésiste, niveau II). Dans un tel contexte, « *si la femme ne va pas bien, on ne pourra pas passer de temps auprès d'elle... et si on a choisi d'être sage-femme, c'est quand même pour s'occuper de la femme dans sa globalité, c'est à dire de la femme et du nouveau-né* » (sage-femme).

## **3) La question de l'orientation des femmes**

Actuellement sur Lyon, personne ne semble s'être organisé pour faire face à cette tâche. Pour l'instant, le problème est géré dans une sorte d'improvisation au coup par coup, « *chacun va faire un peu à sa manière, je garde ou je garde pas* » (médecin de SAMU) avec les inévitables « *arrangements* » et « *passes-droits* » qui sont à prévoir (certains professionnels le regrettent, d'autres promettent de ne jamais avoir recours à de tels procédés, mais la question est présente).

Les professionnels évoquent certains risques à venir face à cette obligation d'orienter les femmes tels que :

- « *l'érosion de la proximité à long terme* »,
- L'absence « *d'accompagnement et d'information des femmes* ». C'est un point largement soulevé, parallèlement à celui de la formation et de la compétence du personnel d'accueil sur la question des « *sélections* » : « *il va se poser des problèmes éthiques, psychologiques importants. Les femmes qui téléphonent avant même d'être enceintes, à une semaine de grossesse, pour venir en niveau III, on va leur dire d'aller ailleurs. Comment vont-elles être accompagnées dans cette réorientation, comment peut-on considérer ça ?* » (obstétricien, niveau III).
- L'absence de formation et de compétences du personnel d'accueil sur la question des **sélections** : « *il faut des gens spécialistes au téléphone, ou des sages-femmes mais non des secrétaires, on doit savoir être capable de gérer une demande d'inscription dès le départ, notamment pour la confier à tel ou tel médecin, en plus de la confier à telle ou telle maternité...* » (obstétricien, niveau III).
- Le risque que les femmes aient tendance à intérioriser, comme seule valeur crédible, « *la performance liée à l'équipement des structures* », la garantie d'une intervention technique immédiate. Spontanément les professionnels pensent qu'elles vont tendre à revendiquer un niveau équipé, niveau III, parce qu'il y a un pédiatre, un plateau de néonatalogie... « *c'est que le 4 étoiles paraît toujours mieux que le 1 étoile, comme quand vous allez au restaurant ...Les journalistes savent tellement bien manipuler les gens, qu'ils vont bien leur faire comprendre ça aussi* » (obstétricien, niveau II). Les professionnels craignent que le système se pervertisse très vite.

#### 4) *Clivage entre les centres de différents niveaux, ressenti comme une suite de pertes*

Les professionnels perçoivent un clivage entre « *les centres de la grande médecine et ceux d'une médecine quotidienne de niveau inférieur* ». Ce clivage se traduit par une suite de pertes pour les professionnels de niveau I et certains même de niveaux II :

- **Perte de l'expérience** : « *le risque, c'est de ne plus rien connaître des cas graves et de perdre son savoir-faire* » (anesthésiste, niveau I). « *ce qui va se passer, c'est que, comme on ne verra plus de grossesses pathologiques, on ne saura plus les prendre en charge. Il y a des situations qui font qu'on ne peut pas toujours prévoir* » (obstétricien, niveau I). « *Le vrai problème, c'est quand on se trouve confronté à des choses qu'on ne fait jamais, on peut passer à côté de choses... Alors que quand on l'a vu plusieurs fois, on sait qu'on doit faire attention* » (sage-femme, niveau I).

Le manque d'entraînement devient vite **défaut de compétence**. Il est déjà intériorisé comme tel et les professionnels, victimes de cette logique, cachent difficilement leur amertume : « *Je n'ai pas fait l'internat pour faire ça. Ce qui m'intéresse, c'est de pouvoir traiter les pathologies, sinon on s'encroûte. Le cerveau ne fonctionne plus* » (obstétricien, niveau I).

Seuls, les anesthésistes, et certains pédiatres, ne partagent pas ce vécu de déqualification dans la mesure où ils exercent leurs compétences ailleurs qu'en obstétrique.

- **Perte de l'évaluation** (risque de l'anticipation) : « *on ne prend pas de risque, on transfère* »,

- **Perte de la valeur des « petites structures »** : « *Le niveau I est réservé aux petites régions perdues. Ça rend service quand même ! Il est important d'avoir une petite maternité près de chez soi* » (obstétricien, niveau I).

De l'avis des professionnels travaillant en niveau I, la méfiance semble s'instaurer vis à vis de « *ces petits niveaux* », comme si déjà ils ne pouvaient plus produire des actes médicaux reconnaissables : « *certain niveau III pensent qu'on n'envoie que les femmes à problème. Effectivement, on n'envoie que des problèmes, c'est le but... Ils ne jouent pas le jeu et recommencent tous les examens* » (obstétricien, niveau I).

Ces professionnels se demandent si les femmes ne vont pas désertir, à plus ou moins long terme, ces structures de proximité qui assurent la naissance en plein cœur des quartiers : « *il va y avoir disparition des maternités de proximité. Il va rester 3 ou 4 grosses cliniques, les hôpitaux de niveau I et III, et puis ce sera tout. Je ne suis pas certain que ce soit une bonne chose* » (obstétricien, niveau I).

Ces professionnels se demandent qui sera responsable de l'information des femmes afin qu'elles-mêmes puissent prendre la mesure de ce qu'elles sont en droit de revendiquer et d'attendre des établissements : « *une femme à bas risque n'acceptera pas d'aller dans la clinique parce qu'elle est à bas risque. Elle dira "oui, je suis à bas risque, mais qu'est-ce que vous en savez, je peux faire une complication, et là-bas, est-ce qu'ils vont pouvoir me soigner ?"* » (obstétricien, niveau I).

Enfin, Les professionnels du privé soulèvent la question des dépassements d'honoraires dans la mise en place du réseau : « *Non seulement, c'est un établissement de bas niveau (les appellations sont déjà largement passées dans le langage au premier degré) mais en plus c'est plus cher avec les dépassements d'honoraires* » (obstétricien, niveau I).

- **Perte du prestige et de l'image professionnelle** : dans un tel contexte la déqualification des compétences risque d'être non seulement favorisée, mais encore légitimée. De ce point de vue et du constat de tous, l'organisation de la mise en réseau est beaucoup trop dépendante du repérage et du jugement et de la validation des compétences : « *Chacun va se juger* », « *la mutation est un regard sur le travail de l'autre* » ont exprimé plusieurs médecins. Le glissement est à craindre entre l'impossibilité de gérer une situation et l'étiquetage d'incompétence. Il y a là un facteur psychologique important, plusieurs fois soulevé par les praticiens de toutes les catégories.

- **Perte possible d'une patiente transférée**, ou tout au moins d'une rupture dans la continuité des soins et de la relation. Cet effet est envisagé de façon récurrente, plus ou moins argumenté, en terme de confort, de dimensions économiques, mais d'avantage encore en tant que risque psychologique : « *les parents ont une histoire avec l'équipe qui les a reçus pour un enfant très prématuré, et finalement ils se disent qu'ils vont finir cette histoire avec la même équipe* » (obstétricien, niveau I). Le déracinement des femmes transférées est particulièrement abordé par les gynéco-obstétriciens et les sages-femmes.

### 5) *Dramatisation et surmédicalisation de l'accouchement*

La crainte majeure des professionnels est celle de tendre à long terme à ce que les praticiens de petits niveaux (et leur clientèle) ne soient plus préparés techniquement et psychologiquement à l'imprévisible et au « *sang-froid* » qu'il nécessite. « *Toutes les grossesses sont devenues à risque, parce que tout le monde tremble* ».

Cette crainte recouvre le débat de fond de la responsabilité et du rapport à « *l'immaîtrisable* » et à la mort plus fondamentalement. Pour les praticiens, cela ouvre précisément la question du « *faire-face à l'accident* » inhérent à la prise en charge de tout acte médical, essentiellement

dans le domaine obstétrical, et parallèlement, du risque de la mise en œuvre d'un pouvoir gestionnaire : « *Lorsqu'il y a un problème en maternité, ça choque tout le monde, que ce soit le personnel ou la famille* », « *l'obstétrique quand ça va mal, ça va mal très vite* » (anesthésiste, niveau II). Mais, l'obstétrique, comme toute pratique médicale, « *c'est un art, c'est de la médecine, ça n'est pas une science exacte* » (obstétricien, niveau II).

Les professionnels trouvent que le décret entraîne une demande sociale de prévisibilité maximale des risques encourus par la mère et par l'enfant car « *organisation* » suppose « *prévision* ». Or, tous s'accordent à reconnaître que la plus grosse part de leur activité médicale n'est pas programmable : en obstétrique, la programmation a toujours entraîné une augmentation des actes (par exemple le déclenchement de l'accouchement).

De fait, « *la grossesse tend à ne plus être un processus physiologique mais une maladie* ».

### 6) Climat d'intensification des risques médico-légaux

Nombreux sont les médecins qui constatent l'intensification des risques médico-légaux : l'intériorisation d'un « *risque zéro* » entraîne « *suspicion, dénonciation, et plaintes de la part des parents et des couples* ». Progressivement les professionnels tendent à remplacer la relation de confiance mutuelle et le pacte tacite de l'imprévisibilité : « *on accepte de travailler comme des fous, mais si par derrière on se fait taper sur les doigts... On n'est pas masochiste quand même, on va faire ce qu'il faut pour prendre un certain nombre de précautions et ne pas avoir de critiques médico-légales* » (obstétricien, niveau III).

Les anesthésistes et les pédiatres vivent plus l'application des normes du décret comme un cadre sécurisant avec l'idée que « *si on applique les protocoles, on ne pourra rien nous reprocher* ».

### 7) Clivage entre les établissements privé /public

D'après l'ensemble des professionnels, ce contexte de régionalisation avive la polémique du rapport entre les établissements privés et publics.

Des obstacles psychologiques non négligeables sont à dépasser : les professionnels des établissements privés se voient souvent comme « *méprisés par le public* », qui est à la fois juge et partie en cas de difficultés médico-légales « *les experts viennent des niveaux III publics* ».

Les professionnels des établissements publics se voient comme la « *poubelle du privé* », certains vont jusqu'à soupçonner les professionnels du privé « *d'augmenter leur actes d'extraction pour améliorer leurs revenus, quitte à transférer ensuite sur le public en cas de complications médicales* ».

## D) Difficulté d'application du décret

Finalement, la plupart des professionnels trouvent ce décret difficilement applicable du fait de sa rigidité, et d'une exigence protocolaire cumulative et peu pertinente d'un point de vue pratique. Les points particulièrement évoqués sont :

- Les problèmes de la gestion des statistiques et de la primauté de l'administratif sur la qualité des soins : « *quand la tutelle vient, ils sont contents des papiers, il n'y a que ça qui les intéresse* » (anesthésiste, niveau II), « *Ils l'ont vu de façon très mathématique : ils n'ont pas vu le côté humain* » (obstétricien, niveau II).
- Le cumul des protocoles que le décret inclut vient se rajouter à la liste actuelle déjà longue des protocoles à suivre. « *La rigidité des protocoles peut s'opposer à l'appréciation clinique, particulièrement dans le domaine complexe de l'obstétrique où la multiplicité*

*des paramètres est à prendre en compte au niveau décisionnel (paramètres sociaux, psychologiques, économiques et culturels) » (obstétricien, niveau III).*

- L'organisation semble aux médecins trop centralisée, «*cette organisation manque de souplesse et de mobilité* ».
- Lourdeurs de certains dispositifs prévus par le décret : la question des astreintes obligatoires est largement discutée par les professionnels. D'autant plus que la pénurie de professionnels dans le domaine de la périnatalité, présente et à venir, est une réelle inquiétude ...

## IV Perception de l'évaluation du réseau périnatal

L'évaluation de la mise en réseau est vivement souhaitée et les professionnels proposent quelques indications dans cette perspective.

Cette évaluation devrait porter sur les chiffres de la mortalité et de la morbidité (c'est ce qui est attendu en toute priorité), sur les séquelles de la prématurité, sur la qualité de fonctionnement du réseau, sur les pratiques de prise en charge des patientes, sur l'évolution des relations précoces mère/enfant, sur l'évolution des modalités de prévention en périnatalité.

## V Recommandations pour améliorer le réseau

En ce qui concerne le fonctionnement global du réseau, les professionnels font des propositions concrètes telles que :

- organiser les services CHU en 2 niveaux (normal /pathologique), voire, réduire le découpage des établissements en 2 niveaux seulement,
- développer l'alternative à l'hospitalisation, ou développer l'intégration des structures intermédiaires (PMI) et la coordination avec les médecins de ville.

En ce qui concerne les questions pratiques de transfert, les professionnels revendiquent la mise en place des moyens élémentaires de fonctionnement tels que :

- un SMUR pédiatrique, un système de référents pédiatriques coordonné au SMUR,
- une cellule de suivi des capacités d'accueil et de régulation des transferts,
- la mise en place des moyens nécessaires à la coordination des soins (dossier commun).

## VI Conclusion

En conclusion, il semble à l'équipe de psychologues que ce décret va à l'encontre d'une véritable politique de prévention. Le reproche le plus vif est qu'il porte atteinte à *l'identité de la pratique médicale*, peut-être même à ce qui suscite et mobilise la vocation du médecin.

Il amplifie le mouvement de médicalisation de la grossesse, qui tend à ne plus être un processus physiologique mais une maladie. Une telle recherche du *risque zéro* a des incidences certaines en terme de rapport à la technique et de considération de la femme qui ne peuvent être ignorées.

A un moment où la pratique médicale prend un virage important, les professionnels ont largement insisté sur la nécessité d'une véritable collaboration entre les praticiens, les experts (qui connaissent les enjeux du terrain) et les décideurs politiques.

(cf : C Durif-Bruckert, S David, P Scharnitzky, J-P Durif-Varembont, N Mamelle. Le décret sur la périnatalité : acceptabilité et applicabilité. Article en cours)

# **Etude épidémiologique : application à 2 autres réseaux périnataux français**

(Synthèse établie à partir de l'article : S David, C Durif-Bruckert, JP Durif-Varembont, D Lemery, G Masson, P Scharnitsky, O Claris, N Mamelie. Assessment by health care professionals of the acceptability of perinatal care regionalization : Development and Use of a self-administered questionnaire. Article soumis pour publication)

## **I Réalisation de l'étude**

### **A) Population**

L'étude épidémiologique a été réalisée auprès de l'ensemble des professionnels médicaux des réseaux de soins périnataux Auvergne et Gard-Lozère. Du fait de l'effectif limité de certaines catégories professionnelles, l'échantillon était exhaustif pour la plupart d'entre elles, excepté pour celles des médecins généralistes et des sages-femmes (échantillons représentatifs).

### **B) Construction du questionnaire**

Le questionnaire a été construit à partir de l'analyse de contenu vu précédemment et de la littérature.

Les 8 thématiques principales suivantes, décrivant la perception qu'ont les professionnels du décret, ont été développées en 5 à 7 questions utilisant les propres mots ou expressions des professionnels : l'aspect réglementaire du décret sur les pratiques médicales, le contenu médical du décret, la structuration des maternités par niveau de soins, les relations entre professionnels et entre structures, les conséquences du décret sur les compétences ou le prestige des professionnels, les moyens mis en œuvre, la place des acteurs de villes et les conséquences juridiques dues au décret.

Des questions complémentaires ont été ajoutées afin de décrire la perception qu'ont les professionnels des conditions de mise en œuvre, de l'informatisation et de l'évaluation d'un réseau de soins périnataux. Le questionnaire final comprend 75 questions.

### **C) Passation du questionnaire**

Le questionnaire a été envoyé à 670 personnes pour le réseau Auvergne et 458 pour le réseau Gard-Lozère (auto-questionnaire postal avec relance téléphonique). Le taux de participation a été de 80 %. Sur cet échantillon initial, seul 345 professionnels pour le réseau Auvergne et 254 pour le réseau Gard-Lozère, ont déclaré prendre en charge de femmes enceintes ou leurs nouveau-nés (moins de 50 % des médecins généralistes interrogés déclarait prendre en charge des femmes enceintes). Ces deux échantillons, que nous appellerons « échantillons d'étude », ont été utilisés pour décrire l'acceptabilité par les professionnels de la politique de régionalisation, au sein de chaque réseau. Au sein de ces deux échantillons, à la date de l'étude, seuls 375 professionnels étaient réellement impliqués dans la régionalisation (acteurs travaillant dans une maternité), et constituaient l'échantillon dit « de travail ».



## D) Construction des scores

Les scores ont été construits à partir de l'échantillon de travail.

Initialement, une échelle variant de 1 à 4 était rattachée à chaque question, indiquant le degré d'acceptabilité de cette politique de santé par les professionnels (pas du tout d'accord, pas trop d'accord, plutôt d'accord, tout à fait d'accord). A partir de ces questions, les scores d'acceptabilité ont été construits en 3 étapes :

- pour chaque question, la dichotomisation du score en 0 /1 a permis d'identifier les professionnels ayant une perception négative (valeur 1) vis à vis de la question considérée. En sommant ensuite les perceptions négatives au sein d'une thématique, on obtenait un score allant de 0 à 5 (ou 7) suivant la thématique considérée.
- la dichotomisation du score-thématique en 0 /1 a ensuite permis d'isoler les 40 à 50 % de professionnels ayant une mauvaise acceptabilité (valeur 1) vis à vis de la thématique considérée.
- un score global a été calculé en sommant les 8 scores-thématiques dichotomisés : ce score global variant de 0 (la meilleure acceptabilité) à 8 (la plus mauvaise acceptabilité). Ce score a enfin été dichotomisé en 0 /1, la valeur 1 étant prise lorsque le score global était supérieur à 4 (mauvaise acceptabilité globale).

## E) Analyse statistique

A partir des échantillons d'étude de chaque réseau, les scores d'acceptabilité ont permis de *décrire* l'acceptabilité des professionnels puis de la *comparer* d'un groupe professionnel à l'autre selon leur catégorie professionnelle ou leur lieu d'exercice (statut juridique et niveau de soins).

## II Résultats

L'analyse a porté sur 345 questionnaires en Auvergne et de 254 dans le Gard.

En décrivant, l'acceptabilité des professionnels par thématique, au sein de chaque réseau, l'analyse a montré des différences non seulement en fonction du statut professionnel, mais aussi en fonction du lieu d'exercice des professionnels. En effet, pour la plupart des thématiques (notamment l'aspect réglementaire du décret sur les pratiques professionnelles, les conséquences du décret sur les compétences ou le prestige des acteurs, la structuration des maternités par niveau de soins ou les conséquences juridiques du décret), anesthésistes et pédiatres se détachaient des autres corps professionnels montrant une meilleure acceptabilité à cette organisation en réseau que les autres. En revanche, si cette tendance se retrouvait dans les deux réseaux, elle n'était significative que pour le réseau Auvergne.

En ce qui concerne le score total d'acceptabilité, des tendances similaires étaient mises en évidence dans les deux réseaux. Pour le réseau Auvergne, environ 30 % des anesthésistes et pédiatres avaient une mauvaise perception du décret contre 54,4 % des obstétriciens, 51,4 % des sages-femmes, ou 64,3 % des acteurs de ville ( $p = 0,02$ ) (tableau 1). Pour le réseau Gard-Lozère, 28,5 % des anesthésistes et pédiatres avaient une mauvaise perception du décret contre 65,5 % des obstétriciens, 44,8 % des sages-femmes, ou 55,9 % des acteurs de ville mais cette tendance n'était pas significative.

Par ailleurs, ce score total a aussi décrit un clivage privé /public marqué : les acteurs travaillant dans une structure privée, quelle que soit leur spécialité médicale, montraient plus d'inquiétude, vis à vis du décret, que ceux travaillant dans une structure publique (en Auvergne, plus de 60 % des acteurs privés avaient une mauvaise perception globale de ce décret contre 40 % des acteurs de CHG ou de CHU,  $p < 0,04$ ) (tableau 1). En ce qui concerne le réseau Gard-Lozère, ces tendances sont principalement retrouvées pour les acteurs travaillant en établissement privé, mais elles ne sont pas significatives.

Outre ces tendances communes retrouvées au sein de chaque réseau, certaines différences propres à la région ont été notées (tableau 1).

En effet, les acteurs de ville du réseau Gard-Lozère montraient une « meilleure acceptabilité » vis à vis de cette politique de régionalisation que ceux de la région Auvergne (41,4 % des acteurs de ville du réseau Gard-Lozère avaient un score global d'acceptabilité inférieur à 2 versus 14,3 % en région Auvergne).

Inversement, Les professionnels de la région Auvergne travaillant en CHG montraient une « meilleure acceptabilité » vis à vis de cette politique de régionalisation que ceux de du réseau Gard-Lozère (29,4 % des professionnels travaillant en CHG en région Auvergne avaient un score global d'acceptabilité inférieur à 2 contre 9,1 % du réseau Gard-Lozère).

Enfin, en décrivant les conditions de mise en œuvre du réseau émises par les professionnels, quel que soit le réseau, on a noté que plus de 80 % des professionnels souhaitaient faire une évaluation globale de cette politique, et que 90 % des acteurs déclaraient l'informatisation du réseau nécessaire, bien que seul 50 % environ souhaitent faire circuler le dossier médical sur Internet. Par ailleurs, plus de 85 % des acteurs pensaient non seulement que la structure coordonnatrice devait être indépendante des directions d'établissements mais que le mandat du coordonnateur devait être aussi limité dans le temps. Enfin, plus de 85 % prônaient l'information des femmes, pensant qu'une femme bien informée dès le début de sa grossesse acceptera le fonctionnement en réseau.

**Tableau 1** : Description du score global d'acceptabilité : score variant de 0 (bonne acceptabilité) à 8 (mauvaise acceptabilité), et de la mauvaise perception globale des professionnels des réseaux Auvergne (N=345) et Gard-Lozère (N=254), en fonction de certaines caractéristiques professionnelles, France 2002.

	Valeur du score global				Mauvaise acceptabilité globale
	0 –1	2 –3	4 –5	6 –8	Score global ≥ 4
<b><u>AUVERGNE</u></b>					
<b>Echantillon total</b>	22,2	27,5	26,9	23,4	50,3
<b>Selon le statut professionnel</b>					
Anesthésistes	31,8	31,8	13,6	22,7	36,3
Obstétriciens	15,2	30,4	28,3	26,1	54,4
Pédiatres	36,4	36,4	18,2	9,1	27,3
Sages-femmes	25,7	22,9	40,0	11,4	51,4
Acteurs de ville	14,3	21,4	26,2	38,1	64,3
<b>Selon le statut juridique <sup>a</sup></b>					
CHU <sup>b</sup>	27,1	33,9	28,8	10,2	39,0
CHG <sup>c</sup>	29,4	29,4	17,7	23,5	41,2
Clinique privée	10,3	20,7	31,0	37,9	68,9
Structure de ville	17,8	22,2	28,9	31,1	60,0
<b><u>GARD –LOZERE</u></b>					
<b>Echantillon total</b>	26,4	27,3	30,9	15,5	46,4
<b>Selon le statut professionnel</b>					
Anesthésistes	21,4	50,0	21,4	7,1	28,5
Obstétriciens	13,8	20,7	37,9	27,6	65,5
Pédiatres	42,9	28,6	28,6	0,0	28,6
Sages-femmes	24,1	31,0	37,9	6,9	44,8
Acteurs de ville	41,4	20,0	20,6	35,3	55,9
<b>Selon le statut juridique <sup>a</sup></b>					
CHU <sup>b</sup>	45,5	18,2	31,8	4,6	36,4
CHG <sup>c</sup>	9,1	36,4	45,5	9,1	54,6
Clinique privée	6,9	31,0	34,5	27,6	62,1
Structure de ville	40,5	24,3	18,9	16,2	35,1

<sup>a</sup> Statut juridique de la structure professionnelle

<sup>b</sup> Centre Hospitalier Universitaire

<sup>c</sup> Centre Hospitalier Général

### **III Conclusion**

Cette étude a permis d'avoir un bon reflet de l'opinion de chacun, dévoilant des attentes ou des craintes parfois bien différentes d'un corps professionnel à l'autre. Un manque de puissance, dû aux effectifs insuffisants des sous-groupes, explique vraisemblablement l'absence de signification des tests des résultats observés dans le réseau Gard-Lozère. Mais l'échantillon des médecins hospitaliers était exhaustif et ne pouvait donc pas être augmenté. Néanmoins, l'excellent taux de participation nous a permis d'avoir une bonne représentativité des 2 réseaux.

Par ailleurs, si l'enquête épidémiologique par questionnaire réalisée dans les réseaux Auvergne et Gard-Lozère a retrouvé, comme pour l'étude psycho-sociologique menée dans le Rhône, un faible degré d'acceptabilité global vis à vis de cette politique de régionalisation, le fait d'avoir réalisé l'approche par questionnaire dans deux régions différentes nous a permis de constater que certaines préoccupations ou désaccords pouvaient être différents d'un réseau à l'autre.

## **Conclusion générale**

Cette double approche a permis, non seulement de soulever des hypothèses (approche psychosociologique), mais aussi de quantifier l'acceptabilité des professionnels vis à vis de cette politique de régionalisation (approche par questionnaire) permettant de faire un état des lieux très précis au sein de chaque réseau.

Par ces résultats, transmis au coordonnateur de chaque réseau, nous tenons à rappeler que cette étude a pour objectif principal de favoriser une évolution de l'organisation actuelle de ces réseaux, de manière collégiale.

En outre, dès aujourd'hui, l'approche par questionnaire a pour intérêt de pouvoir être appliquée rapidement à n'importe quel réseau de soins périnataux français, et permettrait même, si les coordonnateurs le souhaitent, d'établir des comparaisons inter- réseaux.

La méthodologie de cette étude, avec sa double approche (psychosociologique et épidémiologique), pourrait être appliquée, de la même façon, à l'évaluation de la perception de cette politique de régionalisation auprès des femmes.

## Références de l'étude

### Rapports d'étude :

- DURIF-BRUCKERT C, DAVID S, DURIF-VAREMBONT JP, SCHARNITSKY P, MAMELLE N. Perceptions du décret périnatalité d'octobre 1998. Evaluation de son applicabilité auprès des professionnels de santé. Résultat de l'analyse de contenu des 49 entretiens des professionnels de santé du département du Rhône dans une perspective d'analyse psycho-sociale / mars à mai 2001. INSERM U369 et CNRS UMR 5612, 2002. <http://audipog.inserm.fr/>
- DAVID S, MASSON G, LEMERY D, CLARIS O, DURIF-BRUCKERT C, DURIF-VAREMBONT JP, SCHARNITSKY P, MAMELLE N. Evaluation de l'acceptabilité de l'organisation en réseau de soins périnataux auprès des professionnels de santé du réseau Gard-Lozère. INSERM U369, 2003. <http://audipog.inserm.fr/>

### Communications à des congrès :

- DAVID S, DURIF-BRUCKERT C, DURIF-VAREMBONT JP, SCHARNITSKY P, MAMELLE N. La perception de l'organisation en réseau par les professionnels de la naissance. *XII<sup>ème</sup> Journées Nationales AUDIPOG* –septembre 2002 – Clermont-Ferrand
- DAVID S, DURIF-BRUCKERT C, DURIF-VAREMBONT JP, SCHARNITSKY P, MAMELLE N. Evaluation de l'acceptabilité de l'organisation en réseau de soins périnataux (application à 3 réseaux périnataux français). *25<sup>ème</sup> congrès de l'ADEF* – septembre 2002 – Toulouse.
- DAVID S, DURIF-BRUCKERT C, DURIF-VAREMBONT JP, SCHARNITSKY P, MAMELLE N. Assessment by health care professionals of the acceptability of perinatal care regionalisation (example of 3 french perinatal networks). *Congrès AEA "Santé et régionalisation"* – octobre 2002 – Ajaccio.

### Articles à paraître :

- S DAVID, C DURIF-BRUCKERT, JP DURIF-VAREMBONT, D LEMERY, G MASSON, P SCHARNITSKY, O CLARIS, N MAMELLE. Assessment by health care professionals of the acceptability of perinatal care regionalization : Development and Use of a self-administered questionnaire.
- C DURIF-BRUCKERT, S DAVID, P SCHARNITZKY, J-P DURIF-VAREMBONT, N MAMELLE. Le décret sur la périnatalité : acceptabilité et applicabilité.