

**PERCEPTIONS DU DECRET PERINATALITE
D'OCTOBRE 1998
EVALUATION DE SON APPLICABILITE
AUPRES DES PROFESSIONNELS DE SANTE.**

**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.**

Christine DURIF-BRUCKERT ⁽¹⁾, Sandra DAVID ⁽²⁾, Jean-Pierre DURIF-VAREMBONT ⁽³⁾,
Patrick SCHARNITZKY ⁽³⁾, Nicole MAMELLE ⁽²⁾.

⁽¹⁾ GRIC - CNRS UMR 5612, Université Lyon II, 5 av Pierre Mendès-France 69500 BRON

⁽²⁾ INSERM U369, 151 cours A Thomas 69424 LYON

⁽³⁾ Institut de psychologie, Université Lyon II, 5 av Pierre Mendès-France 69500 BRON

Sommaire

PRESENTATION GLOBALE DE L'ETUDE : CONTEXTE, HYPOTHÈSES ET OBJECTIFS	4
I) CONTEXTE.....	4
II) HYPOTHÈSES DE TRAVAIL :	7
III) OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	8
IV) POPULATION ET TERRAIN	8
POPULATION, MÉTHODE DE RECUEIL DE DONNÉES ET CADRE D'ANALYSE	9
I) POPULATION.....	9
II) RECUEIL DES DONNÉES	10
III) LE CANEVAS D'ENTRETIEN	10
IV) CONDITIONS DE PASSATION DES ENTRETIENS	11
V) MÉTHODES D'ANALYSE DE CONTENU DES ENTRETIENS ET CADRE CONCEPTUEL.....	11
ANALYSE DE CONTENU : CONNAISSANCE DU DÉCRET.....	13
I) QUALITÉ DE LA CONNAISSANCE	13
II) SOURCES DE LA CONNAISSANCE	13
ANALYSE DE CONTENU : LE DÉCRET EST PERÇU POSITIVEMENT	14
I) LE DÉCRET REPRÉSENTE UNE RÉGLEMENTATION, UN TEXTE.....	14
II) LE DÉCRET STRUCTURE LE REPÉRAGE DES GROSSESSES À RISQUES.....	15
III) LE DÉCRET PERMET LE REGROUPEMENT DES MATERNITÉS.....	15
IV) LE DÉCRET MAINTIEN ET OPTIMISE LES PROGRÈS ACQUIS.....	16
V) LE DÉCRET PERMET L'OUVERTURE DE DÉBATS	16
ANALYSE DE CONTENU : LIMITES ET PERCEPTIONS NÉGATIVES DU DÉCRET.....	17
I) DÉCONNEXION CONTENU /PRATIQUE.....	17
A) <i>Proposition de réformes déjà effectives sur le terrain</i>	17
B) <i>Absence de certains critères essentiels de la pratique</i>	18
C) <i>Absence de clarté du décret sur les points essentiels de son application</i>	19
D) <i>Complication de certaines situations de terrain</i>	20
II) ABSENCE DE MOYENS NÉCESSAIRES À SA MISE EN APPLICATION.....	21
A) <i>Pénurie de lits</i>	21
B) <i>Pénurie du personnel</i>	21
C) <i>Pénurie des moyens matériels et techniques</i>	21
D) <i>Conditions de travail éprouvantes</i>	21
E) <i>Insuffisance des équipements des établissements de niveau III</i>	22
F) <i>Précarité des formations</i>	23
G) <i>Précarité des prises en charges psychologiques et de l'information des femmes</i>	24
III) PROBLÉMATIQUE DU DÉCOUPAGE EN NIVEAUX DE SOINS	25
A) <i>La problématique des transferts</i>	25
A1) Absence de critères de reconnaissance des pathologies et du transfert.....	25
A2) Problèmes de fonctionnement entre établissements de niveau différent.....	25
A3) Problèmes économiques suscités par le transfert.....	26
A4) Absence de répartition (ou de l'imputation) des responsabilités lors des transferts	27
B) <i>Le risque de création de pôle de concentration des pathologies</i>	28
B1) Le risque de discrimination des femmes pathologiques.....	28
B2) Le risque de saturation des établissements de niveau III	28
C) <i>La problématique de l'orientation des femmes</i>	30
D) <i>Le clivage entre les établissements de différents niveaux, ressenti comme une suite de pertes</i>	31
D1) Perte d'évaluation du risque	31
D2) Perte de l'expérience et du savoir-faire	31
D3) Perte de la valeur (et disparition à terme) des petites structures	32
D4) Perte du prestige et de l'image professionnelle	33
D5) Perte possible d'une patiente mutée	34
E) <i>La dramatisation et surmédicalisation de l'accouchement</i>	34
F) <i>Le climat d'intensification des risques médico-légaux</i>	35
G) <i>Le clivage entre établissements privé/public</i>	37
IV) DIFFICULTÉ D'APPLICATION DU DÉCRET.....	38

ANALYSE DE CONTENU : PERCEPTIONS DE L'ÉVALUATION DU DÉCRET	39
I) ÉVALUATION SUR LA MORTALITÉ DES PRÉMATURÉS	39
II) ÉVALUATION DES SÉQUELLES PÉRINATALES	39
III) ÉVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU RÉSEAU	39
IV) ÉVALUATION DES PRATIQUES DE PRISE EN CHARGE DES FEMMES	39
V) ÉVALUATION DE L'ÉVOLUTION DE LA QUALITÉ DES RELATIONS PRÉCOCES MÈRE/ENFANT	39
VI) ÉVALUATION DES MODALITÉS DE PRÉVENTION	39
ANALYSE DE CONTENU : ALTERNATIVES PROPOSÉES PAR LES PROFESSIONNELS POUR AMÉLIORER LA RÉGIONALISATION.....	41
I) ORGANISATION DES TRANSFERTS PÉDIATRIQUES	41
II) CRÉATION D'UN DOSSIER COMMUN.....	41
III) RÉDUCTION DU DÉCOUPAGE À 2 NIVEAUX DE SOINS.....	42
IV) DÉVELOPPEMENT DE L'ALTERNATIVE À L'HOSPITALISATION	42
V) INCLUSION DE STRUCTURES « <i>INTERMÉDIAIRES</i> » AU RÉSEAU	42
DISCUSSION / AXES DE DÉBAT OUVERT PAR LES PROFESSIONNELS.....	43
I) L'ABSENCE DE CHOIX POLITIQUE RÉELS	43
II) UNE DÉCISION PARADOXALE.....	43
III) UN GRAND DÉCOURAGEMENT POUR L'AVENIR	45
IV) UNE IDENTITÉ PROFESSIONNELLE MALMENÉE	46
V) LES DIMENSIONS PSYCHIQUES ET ÉTHIQUES DE LA NAISSANCE.....	48
PROJETS D'ARTICLES.....	50

PRESENTATION GLOBALE DE L'ETUDE :

contexte, hypothèses et objectifs

I) Contexte

La politique de régionalisation des soins périnataux, mise en place à la suite des décrets sur la sécurité périnatale du 9 octobre 1998¹ entraîne des modifications profondes des pratiques professionnelles et de la coopération interprofessionnelle. Ce dispositif de soins a pour objectif l'orientation des femmes enceintes en fonction de leur niveau de risque vers les maternités disposant de l'environnement médical maternel et pédiatrique nécessaire à leur prise en charge et à celle de leurs nouveau-nés. La mise en place de la politique de régionalisation s'accompagne donc d'une restructuration des maternités et de leurs compétences respectives selon le niveau de soins maternels et pédiatriques, disponible dans les établissements. Si l'un des éléments majeurs de cette politique est l'orientation des femmes à risque d'accouchement prématuré vers les maternités dites de niveau III (service de réanimation néonatale présent dans l'établissement) ou de niveau II (service de médecine néonatale dans l'établissement), cette politique comprend aussi l'orientation des femmes à bas risques vers les maternités de proximité ou de niveau I (sans service de néonatalogie dans l'établissement).

Si les données de la littérature de nombreux pays montrent que le transfert materno-fœtal améliore le pronostic de la grande prématurité en termes de mortalité et de morbidité, l'efficacité de la politique de régionalisation des soins, dans son ensemble, reste discutée². En revanche, l'efficacité de la politique d'orientation des femmes à bas risques vers les maternités de proximité et la perception par les femmes de cette prise en charge « allégée », n'ont été que peu évaluées³.

En France, dans toutes les régions, les professionnels de la naissance s'organisent et constituent leur réseau de soins périnataux. Les chartes s'élaborent, établissant les relations de collaboration entre les différents professionnels prenant en charge les femmes enceintes et les nouveau-nés. Si nous avons connaissance d'une certaine antériorité dans la mise en place d'une telle politique de régionalisation, dans des régions comme les Pays de Loire, La Bourgogne ou le Sud Ouest de Paris, peu de publications font état des résultats en terme d'efficacité sur la santé des mères ou des enfants, et encore moins en termes de perception de cette politique de santé par les professionnels de santé concernés ou par les parturientes⁴. Lors de l'expérience de régionalisation nantaise, constatant la variabilité du pourcentage de transfert materno-fœtal d'un centre à l'autre, les néonatalogues concluaient que le comportement humain des acteurs du réseau pouvait être une limite à cette politique de

¹ Haut Comité de la Santé Publique. La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : pour un nouveau plan de périnatalité (rapport), Vanves, haut Comité de la Santé Publique, 1994 ; Décret sur la sécurité des naissances, Journal Officiel, Oct 98.

² Peddle L, Brown H, Buckley J, Dixon W, Kaye J, Muise M et al, Voluntary régionalisation and associated trends in perinatal care : the Nova Scotia Reproductive Care Program. Am J Obstet Gynecol, 1983, 145, 170-6 ; Campbell K, Chance G, Natale R, Dodman R, Halinda E, Turner L, Is perinatal care in Southwestern Ontario regionalised ? Can Med Assoc J, 1991, 144, 12-304

³ Turnbull D, Holmes A, Shields N, Cheyne H, Twaddle S, Gilmour WH et al, Randomised, controlled trial of efficacy of midwife-managed care, Lancet 1996, 348, 213-8 ; Harvey S, Jarrel J, Brant R, Stainton C, Rach D, A randomized controlled trial of nurse-midwifery care, Birth 1996, 23, 35-128

⁴ Dreyfus M, Réseaux en périnatalogie. L'expérience française, J. Gynecol Obstet Biol Reprod, 1998, 27 (2), 5-70

transfert des femmes à haut risque, mais sans qu'aucune enquête n'ait recherché, auprès des professionnels eux-mêmes, les motifs de ces résistances⁵.

Naiditch en 1996, s'est aussi étonné d'observer une lente diffusion en France des recommandations en matière de transfert materno-fœtal, beaucoup plus largement pratiqué dans d'autres pays et a remarqué que l'autonomie professionnelle apparaissait comme un puissant motif de résistance aux changements des pratiques⁶. Dès 1988, plusieurs travaux ont mis en avant ce paradoxe entre l'obligation de concertation et de coordination interprofessionnelle liée au travail en réseau et une culture médicale traditionnellement plus individualiste ou de « territoire », celui-ci constituant une nouvelle donne en matière de responsabilité médico-légale et dans le questionnement éthique contemporain⁷.

Par ailleurs les travaux publiés par Aïach montrent que la coopération interprofessionnelle pose des questions complexes de prises de responsabilités et de risques, de vécu du partage des compétences et de répartition des tâches⁸.

Organisée par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) en décembre 1998, la conférence de consensus sur la prise en charge de la femme enceinte, de l'accouchement et du nouveau-né⁹, met en évidence d'autres problématiques entre les mondes professionnels initialement construits et les normes et références nouvelles qui se présentent¹⁰. Si les professionnels de santé exigent, pour la plupart, que la mise en place des réseaux soit axée sur la complémentarité et la coopération de tous, une analyse plus fine de leurs discours fait aussi ressortir des tensions interprofessionnelles, non seulement spécifiques à leur spécialité (inquiétude vis à vis du transfert de compétence d'une profession à une autre, du territoire professionnel), mais aussi propres aux contextes institutionnels et locaux (fonctionnement des articulations entre les institutions et les professions de santé dépendant des caractéristiques territoriales). Ainsi, un obstétricien d'un centre hospitalo-universitaire (CHU) souligne l'importance de la compréhension et du respect entre professionnels, tout en mettant les difficultés à modifier des pratiques régionales fortement ancrées¹¹. Des obstétriciens de centres hospitaliers généraux (CHG) en Ile de France, avancent comme inconvénients majeurs, l'inégale répartition des services d'obstétrique et de néonatalogie ou l'absence de personnel de SMUR accoutumé à la prise en charge d'une femme enceinte en imminence de complication. Les obstétriciens de clinique privée ou de petites maternités de proximité craignent le risque de déqualification du personnel et la fuite des parturientes des maternités de niveau I et II vers les maternités de niveau III¹².

⁵ Rozé JC, Branger B, Debillon T, Winer n, Boog G, Regionalisation des soins périnataux dans la région nantaise. Développement d'une politique de transfert in utero des populations à haut risque, In Société Nationale de Néonatalogie, 16eme journées Nationale de Néonatalogies, 1996, Paris, 21-215

⁶ Naiditch M, Weill C, Transferts maternels et transferts d'enfants en France : pourquoi les pratiques évoluent-elles si lentement ? in Société Française de Médecine Périnatale, 26 ème Journées Nationales de Brest, Paris, 1996, 28-113

⁷ Amborselli C, l'Éthique médicale, paris, PUF, Que sais-je ? 1988 ; Hans J, Le principe responsabilité, Une éthique pour la civilisation technologique, paris, Le Cerf, 1990

⁸ Aïach P, Fassin D, Les métiers de la santé, enjeux de pouvoir et quête de légitimité, Paris, Anthropos, 1994 ; Aïach P, Contenu de l'objet santé et variabilité des attitudes, in conceptions, mesures et actions en santé publique, Colloque de l'Inserm, 1981

⁹ CNGOF, Conférence de consensus sur la prise en charge de la femme enceinte, de l'accouchement et du nouveau-né, J Gynecol Obstet Biol Reprod, 1998, 27 (2), 5-265

¹⁰ Levy G, Analyse et point de vue des obstétriciens de Centres Hospitaliers Universitaires, J Gynecol Obstet Biol Reprod, 1998, 27 (2), 6-110 ; Fillette D, Analyse et point de vue des anesthésistes de clinique privée, J. Gynecol Obstet Biol Reprod, 1998, 27 (2), 8-186

¹¹ Levy G, Analyse et point de vue des obstétriciens de Centres hospitaliers Universitaires, J gyneco Obstet Biol teprod, 1998, 27 (2), 5-265

¹² Crézé B, Analyse et point de vue des obtétriciens de clinique privée, J Gynecol Obstet Biol reprod, 1998, 27 (2), 20-117

Les sages-femmes s'appuyant sur des réseaux périnataux du Nord de l'Europe, proposent une redéfinition des métiers, elles-mêmes fonctionnant comme le point de départ ou le pivot du réseau¹³. Les services de PMI qui dépendent fortement des politiques locales, demandent plus de moyens financiers pour pouvoir collaborer efficacement¹⁴. Les médecins généralistes exigent, avant tout, une définition claire du « rôle propre » de chaque professionnel au sein du réseau. Quant aux médecins anesthésistes réanimateurs, quel que soit leur site professionnel, ils craignent de n'être pas parfaitement intégrés au sein du réseau¹⁵.

Dans la région Rhône-Alpes, le degré d'avancement de la mise en place des réseaux de soins périnataux est variable. Dans le Rhône, obstétriciens et pédiatres travaillent actuellement à la mise en place de leur réseau et à la manière de réduire les difficultés inhérentes à la prise en charge multidisciplinaire des femmes enceintes. Comme le précisait Rozé, lors de l'expérience de régionalisation nantaise, le succès d'un réseau ne peut reposer que sur un contrat clair entre tous les professionnels concernés¹⁶.

Au cœur des débats relatifs à l'évaluation des réseaux périnataux, il apparaît indispensable de comprendre la complexité des enjeux et des bouleversements occasionnés par l'arrivée de ce décret et son application, et de mesurer l'acceptabilité du fonctionnement en réseau périnatal auprès des acteurs de santé du secteur concerné, qu'il s'agisse des professionnels hospitaliers ou libéraux.

La perception de la mise en réseau et son impact sur la réorganisation du travail, et sur la relation des professionnels entre eux et avec le public concerné (les femmes enceintes et les mères), n'a fait l'objet d'aucune évaluation : changements d'habitudes, redistribution des responsabilités, sentiment d'une plus grande parcellisation des tâches, crainte d'une déqualification à plus ou moins long terme pour les personnes travaillant dans des établissements de niveau I, culpabilité ou méfiance pour la « décharge » des difficultés sur d'autres praticiens, perte de maîtrise des dossiers médicaux (du début à la fin du suivi)...

De plus l'obligation d'application d'un tel décret, créateur de changements (voire de crises) révèle inévitablement les failles de fonctionnement du système de soins, de l'exercice médical et des savoirs en jeu : emprise de l'état sur les pratiques du terrain, recherche de l'éradication des risques¹⁷, renforcement des tensions entre privé et public, déséquilibre entre l'exigence des protocoles de prise en charge et les moyens alloués aux services hospitaliers chargés d'accueillir les femmes présentant une grossesse pathologique (locaux, équipement, effectif, personnel).

Ce dernier point est actuellement mis en avant par les professionnels comme obstacle majeur à l'humanisation des soins dans le contexte global de la naissance : qu'en est-il de l'accompagnement psychologique des femmes dans le contexte de précarité des institutions de soins, et plus particulièrement dans le cadre de ce décret ? Comment sera organisé le suivi des

¹³ Caumel-Dauphin F, Analyse et point de vue des sages-femmes, J Gynecol Obstet Biol Reprod, 1998 (2), 36-127

¹⁴ Delour M, Analyse du point de vue des médecins de PMI, J Gynecol Obstet Biol Reprod, 1998, 27 (2), 46-137

¹⁵ Rozé JC, Gras C, Boscher C, Winner N, Debillon T, Boog G, Analyse et point de vue des pédiatres de CHRU, J gynecol Obstet Biol Reprod, 1998 (2), 61-153 ; Fillette D, analyse et point de vue des anesthésistes de clinique privée, J Gynecol Obstet Biol Reprod, 1998, 27 (2), 8-186

¹⁶ Rozé JC, Branger B, Winer N, Boog G, Régionalisation des soins périnataux dans la région nantaise. Développement d'une politique de transfert in utero des populations à haut risque. In Société Nationale de Néonatalogie, 16^{ème} Journées Nationales de Néonatalogie, Paris, 1996, 21-215

¹⁷ Drulhe M, Santé et société, le façonnement sociétal de la santé, paris, Puf, 1996 ; Lascournes P, Construction sociale des risques et contrôle du vivant, Prévenir, Cahiers d'Etudes et de réflexion, Revue de la vie mutualiste, Marseille, 1993, 23-4

enfants nés prématurés loin du domicile parental, depuis le diagnostic anténatal qui visualise précocement les pathologies jusqu'à la relation précoce mère/enfant¹⁸ ? Comment se négocie la part "d'imprévisibilité" propre à toute naissance ? Quels sont les réponses apportées par les politiques de santé et les éventuels effets iatrogènes de celles-ci ? Les questions portant sur les transformations des pratiques médicales, sur les bouleversements des référents traditionnels et enfin sur les évolutions de la conception même de l'exercice de la médecine sont vivement posées ici¹⁹.

Se posent encore avec acuité, dans l'axe d'amélioration des suivis, la menace du déséquilibre entre la technicisation et les choix éthique²⁰, ainsi que la question de la participation et de la contribution des femmes et leur part d'autonomie (en résonance avec la créativité du médecin). Notamment quelles sont les valorisations des savoirs des parturientes comme support du travail thérapeutique ?

Autrement dit est-ce que chacun acceptera de jouer le jeu du réseau et de son évaluation scientifique, et selon quelles modalités, malgré des intérêts parfois contradictoires, économiques, idéologiques, psychologiques²¹.

Face à ces multiples interrogations, il convient d'explorer ce que modifie la mise en réseau, en terme de rapport entre risques et bénéfices ? Pour cela, nous nous sommes adressés à l'ensemble des acteurs du réseau de périnatalité, seule une analyse des argumentations de ces catégories professionnelles permettant de repérer la valeur attribuée au décret ainsi que les obstacles et paradoxes que représente son application. Nous avons ainsi cherché à apprécier la perception de la politique de santé par les professionnels impliqués, dans une approche pluridisciplinaire privilégiant les aspects psychosociologiques, épidémiologiques et éthiques : connaissance et évaluation du décret, résistances explicites et implicites à son application, voies d'alternative suggérées.

II) Hypothèses de travail :

1) Dans une **perspective psychosociologique**, nous envisageons qu'un tel décret :
-conduit à un véritable travail de négociations, de concertation et de redistribution des compétences autour de la naissance,
-donne lieu à des bouleversements organisationnels, structurels et à des redéfinitions des pratiques et liens interprofessionnels.
Ceux-ci sont susceptibles de générer des inquiétudes et des tensions, mais aussi des attentes dont il convient d'apprécier l'ampleur et les conséquences sur la mise en place effective de la politique et son efficacité.

2) L'analyse de contenu d'une série d'entretiens individuels précède et fournit les bases d'un questionnaire dans une **perspective épidémiologique** permettant :
-d'appréhender en les objectivant les mobilisations, inquiétudes et tensions et attentes professionnelles,
-de quantifier leur importance,

¹⁸ David D, Gosme-Séguret , Le diagnostic prénatal, Aspects psychologique, Paris, ESF, La vie de l'enfant, 1996 ; qmolenat F (sous la direction de), L'enfant pendant la grossesse, les Chiers de L'AFREE, 1997

¹⁹ Drulhe M, Santé et société, Le façonnement sociétal de la santé, Paris, Puf, 1996

²⁰ Vacquin M, Main basse sur les vivants, Paris, Fayard, 199 ; Dodier N, L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement, Paris, Métailié, 1993

²¹ Aïach P, fassin D, les métiers de la santé, enjeux de pouvoir et quête de légitimité, Paris, Anthropos, 1994 ; Aïach P, Contenu de l'objet santé et variabilité des attitudes, in Conceptions, mesures et actions en santé publique, Colloque de l'Inserm, 1981, 104, 76-357

-ainsi que de comparer la perception d'une telle politique et ses conséquences spécifiques d'un secteur professionnel à l'autre.

III) Objectifs de l'étude

- 1) **Apprécier la perception de la politique de régionalisation** suscité par les décrets d'octobre 1998 auprès des professionnels de santé impliqués dans un réseau de périnatalité, de façon à dégager l'évaluation subjective du décret, les réactions et anticipations qu'ils suscite :
 - la connaissance du décret,
 - les intérêts qu'il présente et les désaccords qu'il suscite,
 - les contraintes et tensions interprofessionnelles et institutionnelles qu'il génère et risque de générer,
 - la mobilisation professionnelle qu'il produit et la perception des différents critères de son application,
 - les attentes des soignants vis à vis de la politique en matière de soins et de prévention en périnatalité.
- 2) **Développer un outil de mesure** de cette perception, permettant de quantifier l'acceptabilité de l'organisation en réseau par les professionnels et de la comparer d'un groupe professionnel à l'autre (en fonction du statut professionnel, du statut juridique de la structure institutionnelle ou du niveau de soins de la maternité).

Nous ferons progresser ces questionnements et investigations en deux étapes par l'utilisation d'une **double approche qualitative et quantitative, selon les perspectives psycho-sociales et épidémiologiques.**

IV) Population et Terrain

La population étudiée est celle des acteurs de santé et des médicaux impliqués dans le réseau de soins périnataux.

Les professionnels de santé concernés sont non seulement des acteurs hospitaliers : obstétriciens, sages-femmes, pédiatres, néonatalogues, anesthésistes réanimateurs (de maternité, de SMUR), mais aussi des acteurs de ville : gynécologues et sages-femmes travaillant en libéral, médecins généralistes, médecins et sages-femmes de PMI.

Population, méthode de recueil de données et cadre d'analyse

I) Population

Six catégories "d'établissements" ont été considérées : les établissements publics de niveau III, ceux privés et publics de niveau II, ceux privés et publics de niveau I, et la médecine de ville, selon l'échantillonnage suivant

Etablissements							
Acteurs de santé	Public III	Public II	Privé II	Public I	Privé I	Autres	TOTAL
Hospitaliers							
Obstétriciens	3	2	2	1	3		11
Sages-femmes	3	2	1	1	4		9
Pédiatres néonatalogues	4	2	2	2	4		14
Anesthésistes réa	2	1	1		4		8
Anesthésiste réa SMUR						1	1
Ville							
Gynécologues médicaux						2	2
Médecins généralistes et PMI						2	2
Sage-femmes et PMI						2	2
TOTAL	12	7	6	4	13	7	49

Au niveau de la périnatalité, le département du Rhône est structuré autour de 3 "pôles de référence" : HEH (niveau III), le CHLS (niveau III), et la Croix Rousse (niveau I ayant des néonatalogues et un "SMUR pédiatrique" mis à disposition par le service de néonatalogie de l'hôpital de Debrousse, hôpital pour enfants incluant un centre de néonatalogie, la maternité de la Croix Rousse est appelé à devenir niveau III dans les prochaines années).

L'hôpital de Debrousse permet aussi à d'autres maternités environnantes (Hôpital de l'Hôtel-Dieu, Hôpital de Ste Foy) de s'occuper de femmes à risque (possibilité de transfert néonatal rapide). Par contre, on sait que la saturation et l'impossibilité d'accueil des centres de niveau III ou de Debrousse ne sont pas rares depuis au moins 3 ans (ex : HEH refuserait environ 250 enfants par an depuis 3 ans).

D'autre part, si le Comité Régional de la Naissance a établi une charte "tronc commun", peu de personnes dans le Rhône en connaissait le contenu au moment de l'étude. Enfin, aucune réunion incluant **tous les acteurs** impliqués dans le réseau n'a eu lieu, au moment de l'étude.

Par ailleurs, les acteurs de santé en périnatalité sont particulièrement confrontés aux problèmes médicaux-légaux et font partie des spécialités médicales déficitaires.

II) Recueil des données

La méthode de recueil des données a reposé sur les approches suivantes :

1) **Une lecture approfondie du décret** a permis d'analyser plus en profondeur ses objectifs et ce qui les justifie au sein des politiques de santé et de prévention actuelle : comment est-t-il présenté, sur quoi insiste-t-il, sur quels enjeux économique et politique repose-t-il, et quelles sont les marges d'interprétation et d'improvisation laissées aux praticiens ?

2) **Les entretiens semi-directifs** avec analyse de contenu thématique et statistique, ont permis, au travers de l'orientation des argumentations :

- de répertorier les conceptions du décret et la lecture critique qui en est fait,
- d'évaluer la mobilisation dont il fait l'objet sur un plan médical, organisationnel, psychologique et éthique,
- de repérer les modalités d'anticipation et de gestion qui sont mises en œuvre,
- de relever les différents réaménagements souhaités et les attentes et alternatives vis à vis des politiques de périnatalité.

3) **Des observations concrètes** auprès des instances décisionnelles locales (syndicales, corporatistes, hospitalières) **et l'identification des différentes actions organisées** à propos de l'application du décret (la participation aux réunions de mise en place du décret, les discussions avec les responsables hospitaliers de la région) ont apporté des informations complémentaires concernant l'acceptation du décret et son application

III) Le canevas d'entretien

Le **canevas d'entretien** a pris en compte les axes retenus lors des hypothèses précédentes, pour faire avancer l'analyse des objectifs :

- a) Comment les professionnels **ont-ils pris connaissance du décret et comment y réagissent-ils en première intention** : pertinence des termes et consignes du décret, différences public/privé significatives, résistances ou anticipations ?
- b) Comment les professionnels **s'approprient-ils les nouvelles données de normalisation** du décret en les confrontant à la spécificité des situations qu'ils ont à gérer et dont ils sont responsables (niveau, spécialité, niveau public/privé, nombre de grossesses assurées, situation centrale/périphérique), et comment se représentent-ils les effets à court terme et long terme de ce décret sur les pratiques de soins (moyens techniques et de personnel), ainsi que sur les relations, organisations et coordinations interprofessionnelles (focalisation des pôles techniques, partage des fonctions, stratégies de maintien, points de déstabilisation et redéfinitions des identités professionnelles, transformations des habitudes traditionnelles, réorganisations des équipes propres à chaque institution et repositionnement des diverses catégories professionnelles)
- c) Comment les professionnels **envisagent-ils l'évolution de l'efficacité et de la garantie des soins, d'un point de vue technique et psychologique, en articulation avec les nouvelles réglementations** : différentes transformations des offres de soins (en lien avec les obligations d'organisation, en interaction avec les besoins et attentes des femmes), gestion des demandes, des transferts, des répartitions des parturientes en

fonction des pathologies et des zones de proximité, mais aussi des moyens humains et matériels.

- d) Quels sont les risques perçus par les professionnels d'un point de vue **éthique, déontologique ou juridique**
- e) Le décret a-t-il des incidences sur l'évolution des **liens entre l'hôpital et la médecine de ville** ?
- f) Quels sont **les critères et les modalités de l'évaluation du décret** par les professionnels eux-mêmes et comment cette évaluation est-elle précisément argumentée par eux ?
- g) Quels seraient **les alternatives proposées** ? Bilan global

IV) Conditions de passation des entretiens

En ce qui concerne l'étape 1 de cette étude, aucune des demandes d'entretien n'a été refusée par les acteurs de santé. Pourtant la plupart ont un emploi du temps chargé.

Les conditions de passation des entretiens ne furent pas toujours aisés, surtout en milieu hospitalier, une grève des sage-femmes ayant débuté en cours d'enquête.

Précisons que les objectifs même de l'enquête qui a soulevé certains conflits et certaines tensions intra-institutionnel (susceptibilité, problèmes institutionnels, enjeux de pouvoir politique et de maîtrise des situations).

La durée moyenne des entretiens a été en moyenne de 35-40 minutes. Peu d'entretiens ont été reconduits.

Les professionnels enquêtés ont été globalement prolixes, et la qualité de leur implication fut très bonne. Ils sont entrés assez vite dans le vif du sujet, et pour un grand nombre d'entre eux se sont montrés soulagés de pouvoir partager et rendre compte de points "mobilisants" de leur pratique. Certains ont eu le sentiment que l'entretien leur avait permis de se positionner vis à vis de ce décret, ce qu'ils n'avaient pas eu l'occasion de faire jusque là. D'autres, dans le cours de l'entretien, ont pris conscience de leurs ambivalences et réticences vis à vis des incidences et retombées de son application, réalisant de façon plus précise les points irréalistes de ce qu'il propose et les dérives possibles auxquelles il peut donner lieu. Enfin, certains se sont montrés d'emblée et sans réserve en colère vis à vis du décret, argumentant avec clarté et à partir de nombreux exemples de leur propre pratique les dimensions « *absurdes* » d'un tel texte. Dimensions sur lesquelles ils avaient déjà réfléchi en amont des entretiens si l'on se réfère à la fermeté de leur propos.

Par ailleurs, l'ensemble des personnes enquêtées a cherché à connaître précisément l'origine, le contexte et l'objectif de l'enquête. Elles se sont encore renseignées sur les types d'établissements impliqués dans la recherche et sur les raisons du choix de leur établissement. Certaines ont désiré connaître la formation du chercheur et avoir le retour des résultats de l'enquête.

Enfin, les entretiens ayant été réalisés par des enquêteurs différents, il ressort à la lecture de l'ensemble du matériau une irrégularité de la passation, essentiellement en ce qui concerne la forme, le sens et la fréquence des relances.

V) Méthodes d'analyse de contenu des entretiens et cadre conceptuel

Après enregistrement intégral des entretiens individuels, et transcriptions anonymisés, une analyse de contenu a été effectuée selon les deux techniques suivantes :

1) Une **analyse de contenu thématique**²² permettant de répertorier et de catégoriser à l'intérieur de l'ensemble du corpus, les préoccupations des acteurs enquêtés et les logiques d'argumentations et de motivations de leur discours, que nous analyserons en références aux concepts suivants

- a) « **Représentations sociales** », concept développé par S. Moscovici²³ et d. Jodelet²⁴ pour appréhender les ancrages, les mécanismes et la structuration de la connaissance, c'est à dire tout ce qui se rapporte à la perception, aux opinions et à la dimension du jugement social. Effectivement l'étude des représentations sociales, appréhende à la fois les contenus et les processus même d'une activité d'appropriation et d'élaboration psychologique et sociale de cette réalité extérieure, en articulation (adéquation ou décalage) avec les pratiques.
- b) « **Négociations et interactions** », notions développées dans le cadre des travaux de la sociologie interactionniste, à partir d'études très minutieuses menées en milieu hospitalier, sur l'initiative de A. Strauss²⁵. Ces travaux considèrent l'institution hospitalière comme un lieu d'actions collectives mettant en confrontation et en situation d'interaction plusieurs catégories d'individus : le personnel de l'hôpital, les clients directs (clients et sa famille), mais aussi l'administration, les transporteurs (SAMU, ambulances), les médecins de ville, les équipes des services d'entraide à domicile. Les travaux sur les questions d'organisation du travail (F. Gonnet²⁶, M. Grosjean et M. Lacoste²⁷...) et d'expertise médicale (N. Dodier²⁸) constitueront également des repères complémentaires pour l'analyse de nos résultats.
- c) « **Relations précoces mère-enfant** », notion particulièrement sollicitée dans le contexte de la politique de régionalisation. Les concepts « d'attachement » et de « perte » proposés par J. Bowlby²⁹ et « d'interaction précoce » développés par Brazelton³⁰, Lebovici³¹ et leurs équipes, permettent d'apprécier les modalités selon lesquelles les professionnels de la périnatalité prennent en compte la psychologie des mères, se soucient de la prévention des carences de soins maternels et des effets sur les premiers liens des séparations père/mère/enfant³².

2) Une **analyse de contenu à visée "quantitative" (relevé systématique et comptage des mots et des thèmes)**, réalisée sur le même corpus, par l'utilisation du logiciel Statistica (Statistica 5.1, Statsoft Inc., 2300 East 14th Street, Tulsa OK 74104 USA).

²² Bardin L., L'analyse de contenu, Paris, Puf (1977), 1991

²³ Moscovici S., La psychanalyse, son image et son public, Paris, Puf, 1976

²⁴ Jodelet D., Les représentations sociales, Paris, Puf, 1989

²⁵ Strauss A., La trame de la négociation, sociologie qualitative et interactionniste, Paris, L'harmattan, 1992

²⁶ Gonnet F., L'hôpital en question(s), un diagnostic pour améliorer les relations de travail, Paris, Lamarre, 1992

²⁷ Grosjean M, Lacoste M, Communication et intelligence collective, Le travail à l'hôpital, Paris, Puf, 1999

²⁸ Dodier N., L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement, Paris, Métailié, 1993

²⁹ Bowlby J., Attachement et perte, Paris, Puf, 1978

³⁰ Brazelton T, Cramer B, Les premiers liens, Paris, Stock, 1991

³¹ Lebovici S, Mazet P, Visier J.P, L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires, Eds Médecine et Hygiène, Genève, 1989

³² Collectif, Sous la direction de Ben Soussan P, Parents et bébés séparés, Paris, Syros, 1996

Analyse de contenu : connaissance du décret

I) Qualité de la connaissance

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

La connaissance du décret est plus précise chez les personnes travaillant dans des établissements de niveau III, ce qui laisse entendre qu'ils sont plus immédiatement concernés. Les pédiatres sont en général mieux informés des détails que leurs confrères (ils en connaissent mieux les différents contenus). Les sages-femmes, bien que très concernées par les incidences de ce nouveau texte et son application, en ont moins pris connaissance directement, individuellement, mais par le biais du service, et de façon plus ou moins informelle.

II) Sources de la connaissance

Les sources d'information du décret sont diversifiées. On peut noter une distinction entre les personnes travaillant dans des établissements de niveau III par rapport aux autres niveaux :

- dans le contexte des personnes travaillant dans des établissements de niveau III, on retrouve principalement les **sources officielles**, presses spécialisées et bulletins officiels d'information
- mais plus généralement, les professionnels ont découvert le décret dans le contexte de la **« conversation »** : « *on en parle depuis un certain temps* », « *je le connais plus par des bruits de couloir* », « *on en parle entre nous* »...

Quelquefois les professionnels en ont pris connaissance **occasionnellement, fortuitement**, lors d'un congrès par exemple.

La **voie syndicale** a fonctionné également, de façon plus minoritaire

Le plus souvent le décret a fait l'objet d'une lecture rapide, d'autant plus que son langage reste difficilement compréhensible et difficilement articulable à la réalité de la pratique : « *on en parle, mais je ne me suis pas lancé dans la lecture attentive du projet* » (Anesthésiste, niveau II), « *c'est rébarbatif à lire, il doit être traduit en langage compréhensible* » (Anesthésiste, niveau II)

il n'a pas été lu par l'ensemble des sages-femmes

Un seul professionnel enquêté dit avoir contribué à sa mise à jour et à l'apport d'un certain nombre de corrections, dont certaines ont été retenues (notamment la séparation réa/bloc opératoire qui n'avait pas du tout été prise en considération).

Analyse de contenu : le décret est perçu positivement

Le décret est perçu essentiellement comme un cadre de réglementation des pratiques et de complémentarités des compétences, dans le but de l'amélioration de la sécurité médicale tant du point de vue des patientes que des praticiens.

Spontanément, le décret est vu comme une amélioration de la pratique, un « *plus* » souhaitable. Mais les points positifs présentés en début d'entretien sont très vite discutés dans leur limite et leurs aspects paradoxaux.

L'obstétrique représentant un champ de la pratique médicale à « *hauts risques* », il est toujours légitime « *qu'il y ait des gens compétents qui s'en occupent* » (Anesthésiste, niveau II) et des modes d'organisation de son exercice qui en améliorent les contraintes et perspectives. De ce point de vue « *il paraît indispensable dans la gestion des grossesses* » (Obstétriciens, niveau III). Le décret rassure particulièrement les anesthésistes, les plus "techniciens" des praticiens interrogés, en ce sens que l'application stricte des protocoles prévus par le décret devrait les prémunir contre tout risque médico-légal.

Dans ce sens, le décret est justifié en références aux arguments suivants :

I) le décret représente une réglementation, un texte

le décret représente une réglementation, un texte qui est attendu pour certains professionnels : 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. Il présente dans ce cas un rôle de « *restructuration* » et de « *réaménagement* » des pratiques, un repère et un ensemble de références qui donne le « *canevas* » à suivre : (« on ne peut pas faire n'importe quoi »). Avec ce texte, la profession sera un peu plus « *protocollisée* », et un peu « *plus claire* » :

Les avantages d'une telle réglementation du décret sont argumentés de façon plus précise selon ces objectifs :

- interfère sur la clarification des compétences dans la prise en charge de la naissance et l'identification des différentes situations institutionnelles,
- recentre les activités et régleme les décisions,
- met en place la création et le renforcement des liens, tant au niveau des équipes (« *dans la maison* ») que dans la codification de l'utilisation des réseaux : « *il pousse à la collaboration* » disent plusieurs enquêtés,
- homogénéise la profession : « *il est important qu'il n'y ait pas de grosses disparités entre les équipements d'établissement* » (Anesthésiste)
- décrit les normes et légifère sur les équipements (de nombreuses structures ne possèdent pas encore de salle de réveil par exemple)
- impose et régule le suivi des protocoles,
- concrétise l'organisation des transferts actuellement précaire : les praticiens attendent de ce décret la création du SAMU pédiatrique.

D'après les professionnels, il représente donc "*noir sur blanc*" un cadre explicite permettant de réguler « *les fantaisies individuelles...* et d'imposer un texte de réglementation valable pour tous : « *C'est à dire qu'il y a un cadre et qu'avec ce cadre, on sera un petit peu obligé de s'y plier* » (pédiatre, niveau II).

Dans ce sens, il met un terme au libre arbitre et choix des praticiens. Dans ce sens deux qualités du décret sont plus spécifiquement repérées par les anesthésistes, pédiatres et obstétriciens :

* **réguler** le fait de garder des pathologies intéressantes et de vouloir maintenir le ratio (les anesthésistes sont conscients de ce problème, sans être concerné personnellement) : *« on a parfois des futurs accouchés qui mériteraient d'être suivis dans une maternité de type I ou III. Certains obstétriciens veulent les garder sur place pour avoir des pathologies intéressantes, et je pense qu'en les forçant à utiliser des réseaux, ce sera gagné pour les problèmes de sécurité »* (anesthésistes, niveau III).

* **légiférer** le transfert des patientes « à risques » et prendre l'habitude de « déléguer » et de « passer le relais » : si les obstétriciens des personnes travaillant dans des établissements de niveau I ou II ont peur de se faire juger par des collègues plus compétents, le décret légifère et oblige le passage des patientes à problèmes vers des niveaux plus performants : *« ça nous semble naturel de passer la main pour les femmes à risque »* et si le décret permet d'aller dans ce sens, il ne peut être que bien perçu.

II) Le décret structure le repérage des grossesses à risques

De l'avis des professionnels, le décret structure le repérage des grossesses à risques et intensifie la mutation « in utero ».

Cet aspect positif du décret est vu par l'ensemble des praticiens : il structure la prise en charge des naissances difficiles et amène à poser la différence entre « le courant » et les « choses particulières ». Il représente ainsi une sécurité intéressante pour les pathologies lourdes (on le verra pourtant, ce point qui est la clef de voûte du projet est vu comme étant peu explicite, notamment en ce qui concerne les critères de discrimination des pathologies).

Et surtout il favorise la mutation « in utero », dont la pratique est encore peu courante : *« c'est mieux que l'enfant ne soit pas transféré derrière l'accouchement, c'est mieux qu'il soit directement dans un centre, et sur place »*.

« avec le décret, on mute beaucoup plus in utero, je pense que c'est une très bonne chose » (obstétricien, niveau I).

Les pédiatres voient plus spécifiquement dans ce décret la voie d'une revalorisation de leur pratique et de leur identité professionnelle : *« la pratique traditionnelle du pédiatre est reconsidérée : on passe de la pratique standard du bébé à la prise en charge des nouveaux nés à risque »* (pédiatre, niveau III), bien que les moyens de cette réhabilitation ne soient pas effectifs immédiatement. Les autres professionnels, notamment les obstétriciens, reprochent au décret des critères de mutation trop exclusivement pédiatriques alors que, *« le bébé n'étant pas encore né, nous avons affaire à des femmes enceintes »*.

III) Le décret permet le regroupement des maternités

D'après les professionnels, Le décret permet le regroupement des maternités et présente quelques avantages qui sont très timidement argumentés, (et qui seront confrontés à tous les points contradictoires de son application, comme si on ne pouvait pas y croire) :

-par l'augmentation du capital des professionnels compétents et de la performance,

-par la diminution du pourcentage des complications qu'elle induit : l'astreinte de présence du pédiatre est perçue comme un élément de sécurité : la présence sur place permet de « récupérer » quelques situations : *« on va limiter les risques et les complications propres aux petites maternités »* (Anesthésiste, niveau I),

-par la possibilité d'assurer les soins nécessaires à la mère et à l'enfant sur le même lieu : « *le gros avantage d'avoir une maternité III, c'est que l'unité de néonatalité est à l'étage du dessus ou à côté, et que effectivement, il n'y a pas de transfert de l'enfant* » (Anesthésiste, III).

IV) Le décret maintient et optimise les progrès acquis

Les professionnels pensent qu'il maintient et optimise les progrès acquis dans le domaine de la périnatalité : « *on perdra des chances si on ne fait pas de décret* ».

V) Le décret permet l'ouverture de débats

Le décret permet l'ouverture de certains débats, comme le débat sur l'éthique et sur les politiques de santé.

Analyse de contenu : limites et perceptions négatives du décret

Pourtant la pertinence de son contenu et les moyens de son application sont fortement « discutables » et discutés : « dans l'idée, il est correct, mais dans la réalisation, ça ne suit pas... ».

Très explicitement, les points positifs que présente ce décret ne sont pourtant pas négociables sur le terrain de la pratique.

Si les aspects d'une réglementation sont immédiatement posés dans les entretiens, l'avancée des entretiens et parallèlement des argumentations laisse apparaître la **difficile réalité de son application**. Le décret est effectivement émaillé de points contradictoires (que nous reprendrons en conclusion afin de mieux les analyser), de limites et de malentendus très vifs. Sa validité pratique est fortement discutée, d'autant plus qu'il a été pensé et rédigé, il y a déjà quelques années.

I) Déconnexion contenu /pratique

D'après les professionnels, le décret n'a pas été rédigé en ayant pris connaissance des situations concrètes et en concertation avec les praticiens. De ce fait, il n'intègre pas les situations concrètes de la périnatalité, et de ce point de vue, il semble peu valide : « il vient d'en haut » et il a été rédigé hors de toute discussions et réciprocity avec les personnes du terrain : « pondre un décret comme ça, faut le faire, jamais on a été interrogé » (sage-femme, PMI)

« Les décisions sont prise la-haut et parfois on se demande s'ils ont même demandé aux gens qui travaillent sur le terrain. C'est valable pour tous les corps de métier. Ils pondent des choses, on se dit : ça n'est pas possible, à qui ils ont demandé, et ça, je trouve ça vraiment dommage ...il faut que ces décrets, si on veut que les gens (les praticiens) s'y intéressent, ils faut que ça corresponde à ce qu'ils font en mieux, il faut que ça corresponde...mais si c'est complètement utopique et irréalisable, et que les gens ne se sentent pas concernés, ils n'essayeront même pas... » (sage-femme, niveau I).

Du fait même 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'imposer un certain nombre de trucs par la discussion » (Anesthésiste, niveau III) ; « Malheureusement, les gens qui sont dans leur bureau et tout ça, ils ne se rendent pas compte, ils n'ont pas assez de subtilité » (pédiatre, niveau I).

Dans ces conditions, ses objectifs apparaissent pour une grande part **fictifs** : « 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...et dans les moyens, on est toujours là. On dit, il faut le faire, et ça n'avance pas vite, on n'avance pas... (obstétricien, niveau II).

A) Proposition de réformes déjà effectives sur le terrain

Certains professionnels pensent que le décret propose des réformes déjà effectives sur le terrain. Cette critique concernant le décret est plus particulièrement évoqué par les anesthésistes qui ont « demandé un décret normatif » en 1994 qui a contribué à faire progresser leur pratique: « sur le plan médical, il n'y a pas grand chose dans ce décret » (Anesthésiste, niveau II)

- Pour autant, l'ensemble des professionnels y est sensible : « *il propose des changements déjà pratiqués sur le terrain* », sans tenir compte des investissements des professionnels et de leur compétences d'innovation et d'ajustement selon la logique « du bon sens », de la responsabilité et de la confiance confraternelle. Autrement dit, le potentiel de transformation d'un certain nombre de pratiques déjà adoptées, « *déjà en route* », n'est pas pris en compte : « *on a des amis obstétriciens qui sont dans les maternités alentours et 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 qui est ancien par copinage entre les différents intervenants obstétricaux* » (obstétricien, niveau III).

« *c'est ce qu'on fait déjà de façon officieuse avec différentes maternités* » (obstétricien, niveau III).

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: « *il est surtout pour les pédiatres* » ...

B) Absence de certains critères essentiels de la pratique

De l'avis de certains, certains critères essentiels **de la pratique** n'ont pas été retenus comme prioritaires, ni même envisagés. Entre autre la séparation bloc opératoire /salle de réanimation n'a pas été envisagée. Ça paraît être un oubli lourd de conséquences : « *on ne retape pas un gamin mal foutu devant sa mère* » (anesthésiste, niveau III).

Mais plus essentiellement, on va le voir, les moyens de mutation, ainsi que la définition des critères du transfert et des pathologies ne sont pas négociés sur le terrain des pratiques.

Plusieurs exemples ont été donnés, comme illustration de l'absence de lien et de prise en compte du terrain, du déjà existant :

* D'une part, le projet de vouloir imposer des réseaux sur un terrain aussi dense que les villes paraît être une véritable illusion : des réseaux sont déjà bel et bien existants et il ne semble pas envisageable de faire face à des liens qui se sont constitués de longue date sur des **critères de proximité, de confiance, d'amitiés et d'affinités** (même promotion d'étude, appartenances syndicales, et partage de réunions de travail) : « *si vous voulez faire des réseaux, faites des réseaux, et ils continueront comme avant, ils vont continuer à avoir des relations avec des gens en qui ils ont confiance* » (anesthésiste, niveau II) ; « *c'est un peu prendre les gens pour des idiots, en disant vous êtes pas capable d'avoir des relations avec des praticiens, on va s'en occuper, laissez-nous faire ; y'a qu'à voir comment ça se passe avec la SNCF quand c'est décidé d'en haut, à Air France* » (anesthésiste, niveau II). ; « *il y a les contrats que j'appellerai moraux entre les différents intervenants, je parle au nom des obstétriciens, où il y a encore des relations amicales anciennes entre les différents obstétriciens qui font que tout naturellement quand on a des problèmes on appelle un tel ou un tel* » (obstétricien, niveau III). Le risque c'est que « *En faisant des choses trop carrées, trop organisées d'en haut, il y a une inertie qui va se créer* » (anesthésiste, niveau II).

* d'autre part, le réseau large hôpital/ville, hôpital/structures « hors les murs » n'est pas pris en compte, alors que ce dernier serait à considérer comme le support incontournable d'un tel décret et de la mise en réseau inter-établissements.

De l'avis de certains, le décret ne s'inscrit quasiment pas dans le contexte large des structures sanitaires et sociales d'accompagnement de la grossesse « hors l'hôpital ». D'ailleurs, le cadre d'intervenants qui gravitent autour de l'hôpital est le plus souvent méconnu, ignoré par les enquêtés, en tant qu'espaces relais, qu'espaces médiateur hôpital /domicile, si ce n'est par les

sages-femmes et notamment par une sage-femme de la PMI qui témoigne de sa pratique basée sur une conception du réseau beaucoup plus large que les seules relations inter-établissements. Les sages-femmes globalement proposent une conception plus ajustée à une prise en charge globale de la mère et de l'enfant et sont les seules qui se préoccupent de l'accueil du père. Les questions d'allaitement restent un souci principal pour elles : « systématiquement, on leur (aux femmes qui viennent d'accoucher) demande si elles connaissent la PMI.... De toute façon, nous on prend contact avec la puéricultrice de secteur pour qu'elle puisse venir les voir...et carrément, quand c'est des cas particuliers, elle vient les voir ici, et elle retourne les voir après, à leur sortie....et elle voit avec la maman si elle y va tous les jours, les deux jours, suivant le cas... ; » (sage-femme, niveau III)

Pour la plupart des professionnels, une réelle conception de travail en réseau doit pouvoir intégrer le suivi pré et post natal dans une vision unifiée et articulée des actes et des interlocuteurs que la parturiente rencontre lors de la préparation à la naissance et lors du retour au domicile.

Ce réseau « hors les murs » devrait doubler le premier, s'articuler à lui (lien PMI /maternités) et le soutenir, jusqu'à l'aider dans sa structuration et à en compléter les manques ³³ : « C'est vrai à l'hôpital quand on travaille en suite de couches, on n'a pas le temps. C'est clair, on n'a pas le temps, alors on répond de façon brève et ces femmes ne sont pas satisfaites, c'est clair » (sage-femme).

« On peut espérer du côté des sages-femmes et du suivi en ville, là il y a des choses intéressantes, si on veut leur en donner les moyens, car pour l'instant c'est que des initiatives individuelles, et pas du tout coordonnées, et maintenant que la famille ne prend plus le relais quand les femmes rentrent à la maison, il va bien falloir que la société invente des formes de portage pour ces jeunes mères et ces jeunes enfants.... »(obstétricien, niveau II).

Pourtant les professionnels pensent que le décret ne favorise pas la synergie de tout ce potentiel PMI ou médecins généralistes (plutôt perçus comme étant en concurrence avec les gynécologues et pédiatres actuellement), maisons de naissance ou autres structures intermédiaires.

De leur avis, la prise en compte de tels espaces présenterait, enfin, l'intérêt de désengorger des services, surtout en CHU : « l'hôpital aurait drôlement intérêt pour désengorger ses services à avoir du relais sur les généralistes et les sages-femmes » (obstétricien, niveau II).

C) Absence de clarté du décret sur les points essentiels de son application

Les professionnels soulèvent globalement l'absence de clarté du décret et de prise de position explicitée des politiques sur les points essentiels de son application

Le caractère incomplet du décret, les ambiguïtés et les implicites qu'il comporte, laissent la possibilité d'interprétations diverses.

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 la mutation par exemple) ou au contraire une application stricte ?

³³ le travail que nous avons réalisé avec le Conseil général sur la VAD post-natale nous aidera à argumenter le caractère indispensable des relais PMI en terme de soins et de prévention, C. Durif-Bruckert (sous la responsabilité de), S. Guillaud-Bataille (en coll.), et all (l'ensemble des puéricultrices actrices de la recherche), la visite à domicile post-natale, 1988

D) Complication de certaines situations de terrain

Ainsi, il distord, pervertit et complique (quelquefois masque) des situations qui auraient mérité d'être abordées et traitées dans leurs justes et réelles dimensions.

Les conséquences de ces différents points de vue, sont ainsi argumentés par les professionnels :

- Le décret est en grande partie perçu comme étant « **déréalisé** » et « **décalé** » : Les décisions proposées ne correspondent pas aux problèmes qui émergent réellement sur le terrain.

→ Certains points d'actualité n'ont pas été estimés justement, et de ce fait certains échecs sont à craindre : « *on a un petit peu l'impression que ce décret, c'est quelque chose qui est imposé comme ça, qui est livré et puis débrouillez-vous, c'est à dire qu'on n'a pas l'impression qu'il y ait des maillons de concertation....il y a un gros décalage entre les textes entre les termes du texte et puis quelque uns qui vont le mettre en place...il y a un décalage entre le moment où il a été fait, énoncé et l'application* » (obstétricien, niveau III)

- Le décret est perçu comme un **discours normatif et administratif**. Il s'assimile effectivement pour un certain nombre de médecins à la « *volonté de certains organismes très administratifs d'obtenir des normes qui ne sont que des normes et qui ne correspondent pas du tout à la réalité* » (Anesthésiste).

- Le décret est **empreint d'objectifs implicites d'ordre politique et économique** qui ne sont pas très clairement identifiables, et qui sont évoqués en terme « *de volonté politique* » de « *faire aller les choses dans tel sens* », ainsi que « *d'enjeux de rentabilité* ».

-et plus encore, de l'avis de beaucoup de médecins, Le décret détruit une structure 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....on supprime pas les choses comme ça du jour au lendemain quant à l'autre bout y'a pas de place* » (pédiatre, niveau II)

II) Absence de moyens nécessaires à sa mise en application

De l'avis de tous, les moyens nécessaires à sa mise en application ne sont ni considérés, ni attribués. De façon quasi unanime, la question des moyens est l'objet d'une réelle inquiétude : moyens techniques et de lits pour les anesthésistes et les gynécologues, moyens de formation pour les pédiatres et moyens humains (alloués pour la gestion des soins et les prises en charges des patients) d'avantage évoqué par les sages/femmes.

Les pédiatres semblent plus optimistes par rapport à la dimension globale « *manque de moyens* » du décret.

« *On a un discours philosophique sur la façon de prendre en charge les nouveau-nés, mais à coté de ça il y a une radinerie sur les moyens qu'on voudrait bien mettre en œuvre pour les bébés...* », « *On ne fait pas grand chose, financièrement, à part des idées philosophiques comme ces histoires de niveaux* » (obstétricien, niveau I) ; « *les moyens ne suivent pas, on fait des normes et tout, mais on n'ose pas pousser jusqu'au bout du point de vue personnel et argent* » (anesthésiste, niveau III).

Ce qui semble revendiqué avec insistance, c'est « *la mise aux normes* » des équipements et des modalités de fonctionnement.

A) Pénurie de lits

La capacité d'accueil en lits est particulièrement évoquée par les professionnels travaillant dans des établissements de niveau III.

B) Pénurie du personnel

L'ensemble des professionnels pense qu'il manque considérablement de sages-femmes de bloc et d'infirmières : « *il faut un ratio d'infirmière par enfant malade, que l'on n'a pas forcément pour l'instant* » (pédiatre, niveau III), mais qu'il manque aussi de médecins et des équipes susceptibles d'assurer le travail.

Il est constaté combien le 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* ».

Chaque corps professionnel s'inquiète de la baisse de la démographie médicale dans sa spécialité.

C) Pénurie des moyens matériels et techniques

Les professionnels constatent à l'unanimité l'absence d'augmentation de matériel technique.

D) Conditions de travail éprouvantes

* 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 personnes travaillant dans des 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, mal mené par un certain nombre de choses, épuisé par un tas de choses...* » (obstétricien, niveau III).

* les rémunérations et cotations ne le sont pas plus. L'application de la mise en réseau nécessite une réforme de la nomenclature des actes médicaux qui reste à faire.

E) Insuffisance des équipements des établissements de niveau III

Nombreux sont les professionnels qui font ressortir plus spécifiquement **les difficultés techniques liées à l'organisation des mutations et la gestion des transferts. Plus spécifiquement**, pour eux, l'équipement des établissements de niveau III et leur faiblesse d'accueil actuelle **ne sont pas pris en compte et restent** l'obstacle insurmontable de la mise en réseau : « *le décret régleme la mutation, mais les possibilités réelles de mutation seront-elles mises en place ?* » (Anesthésiste, niveau I).

De nombreuses difficultés sont mises en avant, telles que :

*** la difficulté à obtenir une place liée à la faiblesse du potentiel d'accueil des niveau III (sans compter les coûts financiers, cf. ci après).** Dans tous les entretiens, chez tous les praticiens on entend cette plainte : « *on y passe des heures et des heures à trouver une place* » et « *quelquefois on trouve pas* ».

Il existe vraiment une faiblesse d'accueil des structures III, largement dénoncée comme source de conflits, de stress et d'inquiétude : « *c'est un problème très difficile, et ça se termine souvent par des empoignades au téléphone ...* » (obstétricien, niveau II) ; « *Quand Debrousse est plein, on envoie dans les autres services de réanimation pédiatrique de Lyon, donc l'hôpital Jules Courmont et HEH, et puis après, eh bien de temps en temps, on envoie à Chambéry, à Saint- Etienne. J'ai même le souvenir d'une patiente où on a été obligé de séparer les jumeaux* » (obstétricien, niveau I) ; « *Comment muter au mois d'août alors que des services entiers ferment, quelquefois y compris une partie des urgences ... Il nous arrive de muter sur Grenoble, car il n'y a pas de place sur Lyon : les personnes travaillant dans des établissements de niveau III sont embolisés, et ne sont, et ne seront jamais capables d'accueillir les mutations* » (anesthésiste, niveau II)

*** la variabilité temporelle et géographique des flux de pathologie** propres à l'obstétrique et qui échappent en grande partie à la prévision.

*** le fait que les personnes travaillant dans des établissements de niveau III à l'heure actuelle « ne jouent pas le vrai jeu de la pathologie»,** c'est à dire qu'ils ne fonctionnent pas pleinement comme niveau réservé uniquement aux pathologies.

Ils acceptent encore des grossesses normales et n'ont pas encore réussi à se confronter à une sélection plus adaptée à la réalité de la régionalisation : « *ce serait quand même normal qu'on puisse, nous, quand on en a besoin, quand on a un prématuré à 28 semaines, qu'on nous dise pas : non le lit est pris par une personne qui a accouché 3 kilos 7 à terme ! Bon, faut revoir tout ça, c'est déjà énorme ! donc réserver les lits de niveau III aux femmes qui en ont besoin en priorité* » (obstétricien, niveau II)

*** l'absence d'un SMUR pédiatrique à Lyon,** revendiqué de longue date par les pédiatres.

De l'avis de tous les professionnels, c'est le problème crucial des mutations. **Le transport est actuellement perçue comme étant le maillon faible des transferts,** ce qui semble être un véritable paradoxe.

Le SAMU qui vient chercher les bébés est actuellement un SAMU généraliste qui présente plusieurs inconvénients par rapport au fonctionnement du SAMU pédiatrique :

- il privilégie les urgences adultes, et les urgences de la rue (un suicide, un accidenté ou un « *soulographe* ») à une réanimation.
- il refuse le déplacement s'il n'a pas la garantie d'une structure d'accueil et tant qu'on ne lui donne pas l'adresse du transfert (le SAMU pédiatrique s'occupe de trouver les places libres).
- enfin si on lui demande de transférer un enfant hors de Lyon, il peut refuser en l'état actuel des choses.

Autrement dit, pour les professionnels, ce décret qui est censé améliorer la prise en charge des femmes en situation d'urgence « *n'a pas résolu le problème des mutations en urgences* », si ce n'est qu'il en a révélé la précarité inadmissible. Et **il aurait même intensifié le problème** du fait :

- d'une perte d'assurance de chaque praticien des personnes travaillant dans des établissements de niveau I et II (« *on est obligé maintenant de faire attention, on nous le reprocherait* »),
- et de la détérioration d'un réseau d'affinités fondées sur la confiance mutuelle, sur l'habitude de travailler ensemble et de collaborer vraiment, sur le repérage et l'identification de compétences et d'habiletés médicales spécifiques. : « *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 y'avait des gens qui s'occupaient très bien des nouveau-nés, même des cas graves, que ce soit à Bourg, à Valence, les grandes villes autour de Lyon, qui donc prenaient sur place, et ventilaient, intubaient les nouveau-nés... Puis d'un seul coup, ces gens-là, on les a décrétés incompetents. C'est ça le problème. Exemple, le décret a décrété que Valence ne serait pas niveau III....Avant Valence prenait en charge tous les nouveau-nés y compris ceux qui étaient à risque...* » (pédiatre, niveau II)

Cet aspect est révoltant pour les professionnels et a suscité beaucoup de colère dans les propos des enquêtés, des gynécologues comme des pédiatres: « *les décrets, c'est comme ça, même si vous êtes un chef de clinique, qui la veille opérait en niveau III....Vous devez vous conformer au niveau de la clinique. Alors si le niveau est le I, vous devez muter pour tel cas, même si vous avez des compétences...* » (pédiatre, niveau II).

A partir de ces propos, on peut se demander si le décret n'a pas contribué à endommager les capacités d'organisation entre établissements plus qu'il ne les a favorisées.

F) Précarité des formations

Globalement, la **structuration des formations, des parcours et des accès professionnels est profondément précarisée**. 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 articulées à la précarisation des statuts et à l'absence de clarification et de reconnaissance (pour ne pas dire la confusion) des responsabilités risquent d'aboutir à une désertion des professions en néonatalogie d'une part, à un morcellement des référents et une baisse de la qualité médicale et psychologique de la prise en charge globale.

Ces points sont d'autant plus vifs qu'ils sont en profonde rupture et disjonction avec les exigences technologiques qui « *poussent en avant* » la qualification des décisions, des gestes et pratiques : « *on est plus suffisamment nombreux pour assumer la surveillance de toutes les grossesses, la population d'intervenants de santé surveillant la grossesse est en chute libre, donc on recrute des médecins généralistes* » (obstétricien, niveau III).

* La formation des pédiatres en néonatalogie est un point central, qui est abordé avec vivacité, (c'est une formation très particulière, très spécifique disent certains anesthésistes, gynécologues et pédiatres).

* La formation des internes.

* La formation des anesthésistes peu formés actuellement à la réanimation néonatale (et qui ne fait pas partie de l'enseignement de l'anesthésiste).

* Les gynécologues se plaignent d'une faiblesse de la formation « sur le terrain », certains proposent des échanges entre CHU et petites structures ou encore proposent de faire tourner le personnel sur les structures de niveaux différents. Ceci pour éviter la déqualification des praticiens de niveau I, pour ressourcer les autres par l'accompagnement d'accouchements

normaux, pour lutter contre l'isolement et l'enfermement de chaque pôle (l'hospitalocentrisme d'un côté et la dévalorisation de l'autre) et pour entretenir les connaissances de part et d'autre, dans les deux sens. Il s'agit là de la véritable formation au réseau : se recycler aux gestes plus techniques en néonatalogie d'un côté, ne pas perdre de vue la valeur des petites unités et apprendre à faire circuler les informations.

*Les sages-femmes se plaignent du manque de formation de base, comme celle de l'allaitement : « *déjà une remise à niveau, ce serait bien, je veux dire une formation continue qui soit vraiment une formation continue, et obligatoire à la fois. Ça fait des mois, si ce n'est des années qu'on veut une formation sur l'allaitement maternel, parce qu'on ne dit pas tous la même chose, et on sait que les femmes sont perdues....c'est important, c'est capital qu'on dise tous la même chose...on voit des filles ,des auxiliaires puéricultrices qui disent des choses qui ne sont plus comme ça depuis 20 ans.. ; et ça se dit toujours, ça se fait toujours* » (sage-femme, niveau I).

G) Précarité des prises en charges psychologiques et de l'information des femmes

De l'avis de la plupart des professionnels, les femmes sont actuellement peu informées sur ce qui leur arrive et sur ce qu'elles auront à comprendre du découpage et de l'utilisation des niveaux. Pour la majorité des professionnels, ces deux aspects ont de réelles incidences sur le plan médical d'une part (notion de stress lié à une incompréhension, manque d'implication) et sur le plan des choix futurs de la mère : « *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... C'est à dire les réseaux, à part les professionnels, à part quelques professionnels... Le reste, le grand public ne comprend pas... Ce sont des subdivisions assez subtiles, les gens ne comprennent pas très bien* » (pédiatre, niveau II).

Les professionnels pensent que l'incompréhension des découpages et de la complémentarité entre niveaux va donner lieu à des choix liés inévitablement « *à ce que l'on connaît déjà* » (à ce qui a bien fonctionné), par défaut de compréhension globale de la situation et des vrais risques encourus. Le phénomène de prévention risque de se transformer en une recherche de garantie radicale (gros problème de la prévention actuelle) : « *On le voit bien les gens qui ont une expérience, la mère qui a eu un bébé qui est né à la clinique, le bébé a du être transféré à l'hôpital... Donc c'est vrai que pour la grossesse ultérieure. Elles vont avoir tendance à se faire suivre dans le niveau III* » (pédiatre, niveau II).

Ainsi la crainte de la désertion des établissements de niveau 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, traverse l'ensemble des discours des pédiatres et des obstétriciens : « *Des brochures d'information sur les réseaux auraient été rédigées par les gynécologues parisiens* » (pédiatre, niveau II). « *C'est à l'équipe médicale de préparer la famille...c'est à dire qu'il faut impérativement une brochure grand public, comme ça se fait, il y en a qui se font dans certains sites, je sais qu'à Paris, ils en font une, pour expliquer aux parents pourquoi le bébé pourra aussi bien être soigné en niveau I, II, III, mais qu'il faut faire confiance à la structure qui correspond aux soins (et aux risques)* » (pédiatre, niveau II).

Pour les professionnels, les moyens de la mise en réseau passent inévitablement et essentiellement par la levée de toute ambiguïté et la clarté des informations concernant chaque niveau (et chaque situation spécifique). En dehors de ces précautions, les femmes parturientes exigerons des personnes travaillant dans des établissements de niveau III.

III) Problématique du découpage en niveaux de soins

Pour certains professionnels, le découpage des structures en niveaux de soins s'assimile à une hiérarchisation entre **pôles de références** et « *petits niveaux* », qui risquent à long terme de devenir des pôles « *dévalorisés* » techniquement. De plus, il donne lieu à une **concentration problématique des « grossesses pathologiques »**.

Pour l'ensemble des praticiens, la centralisation des grosses maternités et le risque de disparitions des petites structures est problématique et manque de nuances à plusieurs niveaux. « *c'est la pensée totalitaire de Monsieur Papiernik* » (anesthésiste, niveau II).

Entre les deux, le niveau II est souvent perçue comme une « *structure bâtarde* ».

Sur ce fond de craintes, plusieurs types et niveaux de problèmes sont précisément évoqués :

A) La problématique des transferts

A1) Absence de critères de reconnaissance des pathologies et du transfert

Au sein d'un débat aussi vif, la problématique de reconnaissance des pathologies et des critères même du transfert semble inévitablement une préoccupation centrale.

Les professionnels se plaignent du manque de codifications consensuelles et d'une grille décisionnelle des mutations clairement définies et utilisables.

Plus précisément, ils se plaignent d'avoir à suivre scrupuleusement (surveillances administratives et enjeux médico-légaux) un texte dont les éléments de codification les plus essentiels font défaut : « *A partir de quel moment doit-on garder en niveau I et doit-on muter ?* » ; « *Quels sont les critères obstétricaux qui doivent être suivis, alors c'est comme toujours, c'est des frontières, et des fois c'est un peu discutable* » (anesthésiste, niveau I).

Le caractère flou de ces critères de la mutation suscite l'excès, la peur, et l'insécurité des médecins : « *les grosses pathologies ou malformations, c'est normal que ce soit admis, que les mamans soient mutées en niveau III ; enfin les menaces d'accouchement prématuré très sévères, les grosses menaces où les enfants sont prématurissimes, c'est normal... Mais sinon, il y a toute une frange, et je pense qu'il ne faut pas trop muter non plus...* ».

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 sur la région Rhône-alpes posé 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)

A2) Problèmes de fonctionnement entre établissements de niveau différent

L'organisation des passages d'un niveau à l'autre et le respect de la réciprocité est un point largement évoqué par les professionnels. Ceci représente une des préoccupations centrales autour du décret : « *nous ici on renvoie peu* » disent quelques professionnels de niveau III qui se sentent particulièrement responsable de la mise en place de la réciprocité : « *je pense qu'il faudra que ça marche dans tous les sens, parce que sinon, ça n'a pas d'intérêts, 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) ; « *le gros problème du réseau, c'est d'accepter, mais aussi de rendre, et voilà, ici on veut tout faire et on renvoie peu. Quand une femme arrive, on lui dit très bien, on vous inscrit et après c'est fini. Il y a des menaces d'accouchement qui séjournent 8, 15 jours et qui pourraient repartir accoucher d'où elle viennent, c'est à dire à l'endroit où elles étaient suivis au départ* » (anesthésiste, niveau III) ; « *Il ne peut y avoir de*

succès dans ce domaine que s'il y a une réelle réciprocité », y compris au niveau du renvoi des enfants transférés : « on est bien conscient qu'à un certain stade de maturité, de poids, de tout ce que l'on veut, les enfants il y a plus grand chose de médical, mais il n'y a qu'à attendre que la maturité se fasse et que les problèmes se résolvent d'eux-mêmes et on le fait pas mieux ici qu'au centre hospitalier de Valence, de Romans que à la clinique x ou y et donc on a bien convenu de retransférer les enfants » (pédiatre, niveau III) ; « le danger qui nous guette, c'est la relation à sens unique : c'est à dire que les maternités de niveau I envoient vers les maternités de niveau III, et qu'il n'y ait pas de retour ensuite du niveau III vers le niveau I. Moi, je crois qu'il faut absolument qu'il y ait un consensus ... et que l'on travaille tous en groupe... Là il y a un vrai problème : c'est que souvent les femme ne souhaitent pas retourner dans leur maternité d'origine, et on peut très bien imaginer aussi que les couples soient parfaitement conscients que c'est dans les maternités de niveau III, qu'il y a le plus de qualité ou de soins (enfin je n'aime pas cette appellation) »(obstétricien, niveau III).

Les professionnels pensent qu'il s'agit là de faire évoluer les habitudes de travail, car une telle réciprocité n'est pas de l'ordre des habitudes. Les rétentions sont à craindre et risquent fort de perdurer d'après eux: « De toute façon, il y aura des rétentions, et la patiente va rester là où elle a été adressée, elle ne sera pas ré-adressée par le niveau II chez nous. Il y aura une rétention » (obstétricien, niveau I).

D'autre part, les professionnels pensent aussi qu'il faut faire évoluer les mentalités des femmes enceintes et les informer sur les véritables enjeux de la mise en place de ces transferts : « ce qu'il faudrait faire admettre aux gens, au couple, aux futurs parents, c'est de dire, quand on atteint la fin du 7eme mois environ, que la maternité de niveau I fera aussi bien que la maternité de niveau III, et pas moins bien, donc il est logique de rebasculer vers leur maternité d'origine. Mais ça je pense que ça ne va pas être simple. Il va y avoir des mouvements de population et des flux de personne qui ne seront pas faciles à gérer, ça ne va pas être simple à gérer... » (obstétricien, niveau III).

A3) Problèmes économiques suscités par le transfert

Les problèmes économiques suscités par le déplacement et le transfert sur une autre structure sont abordés avec discrétion, et par peu de praticiens (les anesthésistes se sentent plus libres vis à vis des questions financières).

Ils parlent notamment :

- de la baisse des ratios liés à la faiblesse du niveau : « je veux dire plus on est dans un niveau bas, plus on va muter, donc on va baisser. Si on mute 50 par an avec les critères, avant on mutait 5, on va faire 45 accouchements de moins. Dans le secteur privé un sou est un sou ».

- de la perte du forfait accouchement en cas de mutation (le forfait journalier va à la clinique où naît l'enfant) et responsabilité financière du transfert pour celui qui envoie le transfert : « non seulement, ils vont pas toucher le forfait de l'accouchement, mais en plus, ils vont payer pour l'envoyer, l'ambulance et tout.... » (obstétricien, niveau II)

En effet, 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 à venir, car le risque d'un tel décret est de diagnostiquer comme femme à risque toutes les femmes qui ont présenté un risque une fois.

Quant à celui qui reçoit la mère et l'enfant en situation de risque potentiel, il bloque un lit de réanimation néonatale de manière peut-être inconsidérée (hors de tout intérêt médical et de tous bénéfices d'acte). Et si la femme est « rebasculée » sur son service « d'origine », l'unité de niveau III assure le suivi mais elle perd l'acte d'accouchement (le plus élevé) et est, à son tour, responsable du financement du transfert dans l'autre sens. Si le mouvement s'intensifie

de façon abusive, du fait d'une pression médico-légale soutenue, comment vont se négocier sur le plan économique ce type de perte, surtout pour les structures privées ?

A4) Absence de répartition (ou de l'imputation) des responsabilités lors des transferts

Les questions de la **répartition ou de l'imputation des responsabilités lors des transferts**, entre les deux maternités n'ont pas été prévues. De l'avis des professionnels, ce type de clarification semble pourtant impératif dans le contexte d'intensification des pressions médico-légales.

« Si la femme a un problème pendant le transport (crise d'éclampsie, accident, traumatisme crânien), qui est la maternité responsable, la maternité de départ ou d'arrivée ? ça c'est autant de problèmes qui sont à mon avis à résoudre de façon claire, c'est à dire que ça doit être écrit et qu'on puisse dire, eh bien voilà, c'est la maternité de départ qui paye, ou c'est la maternité d'arrivée, ou ce sont les hospices....Enfin pour l'instant, ce sont toutes des choses floues, mais qu'il faudra discuter et expliciter par écrit de façon indiscutable et très clairement » (obstétricien, niveau III).

B) Le risque de création de pôle de concentration des pathologies

Les professionnels pointent aussi le risque de création de grand pôle de concentration des pathologies pour les établissements de niveau III qui fonctionneraient sur le mode « *de grandes usines à pathologies* », **avec tous les risques suscités par de telle concentration.**

B1) Le risque de discrimination des femmes pathologiques

Il y a un risque de discrimination des **femmes pathologiques** avec augmentation de la morbidité dans ces services.

Certains professionnels pensent que ces grands centres risquent d'être fictifs et de ne plus représenter la diversité des vécus liés à la grossesse. Comme si toutes les grossesses devenaient au nom de la notion de « *grossesse à risque* » porteuses potentielles de problèmes et de difficultés (c'est ce que vivent de nombreuses femmes). Comme s'il n'était pas conforme de vivre une grossesse sans « *faux pas* » (cf. plus globalement la problématique du rapport femme/médecin).

Les sages femmes s'inquiètent plus particulièrement sur l'ambiance morbide qui risque de régner dans ces services : « *Vous vous rendez compte les femmes vont se retrouver entre grossesses pathos, non mais écoutez c'est vrai, on va finir par avoir des services de suite de couches où les femmes seront seules et leur bébé sera muté, on n'entendra plus un cri de bébé dans une suite de couches... à HEH, ils font beaucoup de diagnostic anténatal, donc toutes les femmes de la région qui ont un problème de grossesse et donc d'IMG, elles sont en pathologie de la grossesse à HEH ; et puis certaines sages-femmes en ont marre d'accoucher des enfants morts-nés, des enfants malformés. Bon, quand c'est dilué dans la masse, ça va....C'est très lourd, mais quand c'est dilué dans d'autres naissances heureuses, c'est notre rôle aussi de sage-femme...* », « *On n'est pas là que pour la naissance qui se passe bien, pour les naissances superbes, mais bon on n'est pas là aussi pour faire que des, 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, je veux dire, on ne peut pas, moi, ayant fait des accouchements de morts nés, de malformés, ça brasse....* » (sage-femme).

Quelques médecins ont perçu le risque de **focalisation sur la pathologie** encouru par ces concentrations pathologiques, ce qui par incidences peut transformer les gynécologues de niveau III en « *spécialiste du pathologique* ».

Un obstétricien de niveau III tente de poser la gravité de la situation de cette façon : « *on doit prendre de la pathologie, c'est sûr, on doit prendre aussi du social et du quart monde, et puis si on ne veut pas péter les plombs, on est obligé aussi de prendre la classe moyenne, et puis la classe moyenne demande aussi à venir ici, donc il faut trouver l'équilibre* » (obstétricien, niveau III).

D'après les professionnels, la mission initiale de l'hôpital risque bien d'être perverti.

B2) Le risque de saturation des établissements de niveau III

Un point largement évoqué par tous les professionnels est le risque de **saturation des établissements de niveau III** et tous les risques qui en découlent :

* Risque de « *l'étouffement* » rapide de ces « *grands centres* ».

Les professionnels se posent de nombreuses questions à ce propos : Que faire si l'on déborde ? Et si l'on prend une personne de plus, le risque est celui de mettre en danger tous ceux qui sont déjà là en place, dans la maison, et auprès desquels il y a déjà engagement de soins : « *le problème c'est que dès que l'on dépiste quelque chose, il faut après pouvoir suivre et assumer* ».

Un tel regroupement amène les équipes de niveau III à faire des choix cruciaux et pour une part inacceptable en terme de suivi de 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 ? Comment délimiter des choix d'activités en sachant que tous ces actes font partie intégrante du suivi de la grossesse et des différentes prises en charge périnatales ?

Comment dire non à l'appel qui vient se surajouter, et sur quel critère ? : « *et puis, à chaque fois, prendre une deuxième, ça va encore, mais prendre une troisième, non, on se fait insulter quand on les a au bout du fil, je comprends très bien leur problème, et on dit non parce qu'on sait que si on prend une ou deux personnes de plus, on met en danger tous ceux qui sont déjà là, et on a une pression dans le travail qui est un peu grande* » (obstétricien, niveau III).

* Concentration risque de créer **des problèmes infectieux** plus massifs et à grande échelle.

* Risque **d'un « travail à la chaîne » et du morcellement des soins** préjudiciables à la qualité des prises en charge (largement évoqués par le corps des sages-femmes), chacun devenant plus ou moins le « prestataire de service » de l'autre. : « *Moi, je n'aimerais pas travailler dans une grosse structure comme ça, 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, s'occuper de la femme et du nouveau-né* » (sage-femme) ; « *Je pense au relationnel avec les patientes, c'est vrai que la prise en charge dans une structure plus importante par rapport à une petite structure n'est pas la même, parce que on se connaît moins, parce que la patiente reste plus anonyme et puis parce que peut-être, on aura des services beaucoup plus chargés et qu'on aura moins de temps à passer avec les patientes. Dans une petite maternité, c'est la même sage-femme qui fait l'accouchement, qui suit la patiente, avant et après. Il y a une autre prise en charge, que quand il y a une patiente qui est prise en charge à un niveau, puis à un autre niveau et parfois par des personnes différentes* » (sage-femme, niveau II).

La pression sécuritaire est encore renforcée par les termes du décret « *va tout à fait à l'encontre d'une forme d'accouchement de qualité, où la maman est en sécurité. Je crois qu'il faut la chercher là, la vraie sécurité...et une femme en insécurité aura des problèmes, même en CHU...c'est vraiment la grande dérive possible de ce genre de décret* » (obstétricien, niveau II).

Cette parcellarisation des tâches et le sentiment d'être réduit à un simple technicien proviennent de plusieurs facteurs énoncés ici ou là dans les entretiens :

- L'augmentation du nombre d'accouchements et de la masse du personnel médical due à la grand taille de la structure renforce le sentiment d'être un élément dans une « *machine* » ou une « *usine à bébés* ».
- Le fait de « *passer la main* » et de ne plus avoir la maîtrise de la totalité du processus de suivi pré et post natal donne un vécu d'incomplétude et d'inachèvement.
- La fragmentation de l'information médicale qui ne circule pas en totalité ou au bon moment d'un niveau à l'autre.

- De même que la moins grande connaissance personnelle des femmes qui séjourneront parfois de façon très courte dans un service d'accueil. L'accélération du « *turn over* » des femmes pour libérer des places dans les établissements de niveau III est un facteur d'anonymisation des femmes mais aussi du personnel.

C) La problématique de l'orientation des femmes

Pour les professionnels, la question de l'orientation (ou du tri) des femmes et le risque d'une dérive de la sélection, semblent être inévitable avec le décret.

Selon les propos des professionnels, actuellement sur Lyon, personne ne semble s'être organisé pour faire face à cette tâche. 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* » (SAMU) avec les inévitables « *arrangements* » et « *passes-droits* » qui sont à prévoir. Certains le regrettent, d'autres promettent de ne jamais avoir recours à de tels procédés, mais la question est présente.

Il est d'ailleurs surprenant que ce point de la sélection des femmes ait été si peu évoqué spontanément, comme si ce problème s'effaçait devant l'urgence d'autres points plus immédiatement problématiques d'ordre technique et de structuration des réseaux.

Les risques suivants sont évoqués :

*A long terme, **l'érosion de la proximité** est un problème préoccupant pour quelques obstétriciens, encore sous-estimé par l'ensemble des enquêtés. Pourtant le stress occasionné par un tel déracinement du lieu habituel n'est pas à sous-estimer en terme de stress : « *Si une femme est obligée d'accoucher dans un endroit où elle ne se sent pas en sécurité, où elle n'aime pas. En salle d'accouchement, moi j'appréhendais toujours une femme qui se sentait mal, qui ne se sentait pas en sécurité ... une femme qui est très anxieuse, qui a des problèmes et bien, elle peut avoir une dystocie cérébrale, le col refuse de s'ouvrir...* », « *Même une opération, maintenant on en parle de plus en plus, mais même pour une opération de l'appendicite, quelqu'un qui se fait opérer dans un endroit qu'il ne veut pas, il va arriver hyper-stressé, je ne sais pas si les anesthésistes vont être contents de l'endormir, non mais vous voyez !* » (sage-femme)

Sans aucun doute, faudra-t-il, de l'avis des professionnels « *rester prudent* » et « *bien évaluer* », chacun risquant d'y perdre sa crédibilité, et les patientes leur repères.

* **L'absence d'accompagnement et d'information des femmes** 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 quand même éthiques, psychologiques importants. Les femmes qui téléphonent avant même d'être enceintes, à une semaine de grossesse, pour venir en niveau III, on leur dit d'aller ailleurs. Comment vont-elles être accompagnées dans cette réorientation, comment peut-on le considérer ça ?* » (obstétricien, niveau III).

Outre la nécessité d'une information globale sur les réseaux, telle que nous en parlions précédemment (chapitre B7 sur les moyens), il convient de prévoir des sites compétents d'accueil et d'information dans les établissements de niveau III : « *il faut des gens qui soient des spécialistes au téléphone, ou des sages-femmes et pas des secrétaires qui changent tout le temps. On doit savoir être capable de gérer une demande d'inscription dès le départ, il y a notamment à la confier à tel ou tel médecin, ou la confier à telle ou telle maternité...* » (obstétricien, niveau III).

* De la majorité des professionnels, le problème risque de devenir de plus en plus aigu, du fait que les femmes parturientes ont tendance à intérioriser, comme **seule valeur crédible, la performance** lié à l'équipement des structures, ainsi que la garantie d'une intervention technique immédiate. Spontanément elles vont tendre à revendiquer un niveau équipé, niveau III, parce qu'il y a un pédiatre, un plateau de néonatalogie... Autrement dit elles vont faire fonctionner, de façon disproportionnée probablement (au nom de la sécurité) un découpage qui tend déjà à se rigidifier à force d'être mal géré, un découpage victime des enjeux de pouvoir (à défaut de réelles réglementations et applications complémentaristes) : « *Eh bien, celles qui désirent déjà accoucher à l'hôpital, celles qui vont à HEH, c'est parce qu'elles savent qu'il y a des pédiatres en plus... et disponibles 24h sur 24, ça c'est certain.... C'est à dire que plus les gens vont savoir, plus ils vont être exigeants* » (obstétricien, niveau II) ; « *c'est que le 4 étoiles paraît toujours mieux que le 1 étoile, c'est comme quand vous allez au restaurant... Les journalistes, ils savent tellement bien manipuler les gens, qu'ils vont bien les manipuler pour leur faire comprendre ça aussi* » (obstétricien, niveau II).

De l'avis des professionnels, il règne chez les femmes une grande confusion entre un savoir pour une grande part empreint de croyances, d'impressions, d'attentes et d'a priori (et d'expériences antérieures), et une connaissance juste sur les risques, inconvénients et réalités techniques et médicales de chaque établissement. Le système peut donc se pervertir très vite. Comme le rappellent certains médecins, « *chez nous en France, la possibilité du choix du lieu d'accouchement est un droit* ». Et ce droit en l'état des choses est « *sournoisement entamé* ». Les femmes n'ont déjà plus de choix réel, car si elles veulent accoucher à l'hôpital, il faut qu'elles s'inscrivent pratiquement à la conception, et même avant... Il s'annonce comme tel, et n'est plus réel.

D) Le clivage entre les établissements de différents niveaux, ressenti comme une suite de pertes

Plus fondamentalement, sur un autre point de vue, il y a un risque d'un **clivage** entre les centres de la « *grande médecine* » et la médecine quotidienne dite de « **petit niveau** ».

Cette crainte est argumentée par différents points, dont les suivants qui se montrent indissociables et qui sont explicitement lisibles dans les entretiens : « *l'obstacle à craindre, c'est la ségrégation entre les maternités et un genre de concurrence entre les établissements* » (obstétricien, niveau I).

D1) Perte d'évaluation du risque

C'est un des risques majeurs liés à l'application du décret. il entraînerait, de l'avis de tous, le risque de transférer systématiquement, et même d'anticiper le transfert selon une logique qui tend à remplacer le diagnostic clinique : « *on ne prend pas de risque, on mute* ».

D2) Perte de l'expérience et du savoir-faire

Il y a un risque de déqualification des professionnels de niveau I et II : « *on va perdre la main* ». Chacun en perçoit le danger : « *il faut se méfier que les mecs ne perdent pas leur qualification parce qu'ils ne travaillent pas assez* » (anesthésiste, niveau III) ; « *le risque est celui de ne plus rien connaître de ce qui se passe de plus grave et de perdre son savoir-faire* » (anesthésiste, niveau I) ; « *Alors, ce qui va se passer aussi, 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.... Alors on ne saura plus les prendre en charge* »

(obstétricien, niveau I) ; « *Le vrai problème, c'est quand on se trouve confronté à des choses qu'on ne fait jamais. C'est vrai que quand on ne voit jamais, on peut passer à côté de choses... Alors que quand on l'a vu plusieurs fois, on sait qu'on doit faire attention à tel truc, et quand on ne le fait pas, on ne le sait pas, et puis c'est tout* » (sage-femme, niveau I).

Le manque d'entraînement devient vite défaut de compétence. Il est déjà intériorisé comme tel. Ceux qui sont les 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 ça s'encroûte. Le cerveau ne fonctionne plus* » (obstétricien, niveau I) ; « *Très vite, on va devenir des super sages-femmes, des accoucheurs de merde, on n'a déjà plus le droit de suivre les cas un peu compliqués* » (obstétricien, niveau I).

Seuls, les anesthésistes, et certains pédiatres, ne partagent pas ce vécu de déqualification dans la mesure où ils exercent leur compétences ailleurs qu'en obstétrique (possibilité qui sera peut-être rendu plus difficile par l'application stricte du décret).

A l'amertume des uns résonnent les considérations déontologiques des autres, quelquefois le sentiment d'impuissance de se sentir pris dans un mouvement qui tourne à l'insu des « *bonnes volontés* », et même qui tend à s'emballer. L'enjeu est beaucoup trop vif, l'occasion trop belle à saisir (celui des reconnaissances et du pouvoir), et les gardes-fous font défaut : « *le jour où il se passe quelque chose, personne n'a l'habitude de réagir. Or, il faut aller très vite. L'expérience prouve que dans la plupart des cas, c'est dans des situations où on n'est pas habitué à traiter telle pathologie en urgence, et où les mères meurent. Et ça ce n'est pas normal. Ce n'est pas un défaut de compétence de qui que ce soit, ce n'est pas la faute de qui que ce soit, c'est le problème d'être entraîné à réagir très vite à un problème particulier* » (pédiatre, niveau III).

D3) Perte de la valeur (et disparition à terme) des petites structures

Les personnes travaillant dans des établissements de niveau I ont l'impression de perdre tout avenir, toute viabilité, sauf éventuellement dans les « *petites régions* », les « *coins perdus* ». En milieu urbain, « *les maternités pas très grosses de niveau I vont certainement disparaître. Avec le vieillissement des médecins, leur démotivation et l'orientation spontanée des patientes, je pense que les personnes travaillant dans des établissements de niveau I vont disparaître* » (obstétricien, niveau I).

Ces niveaux sont-ils condamnés à exister par défaut ?

« *Le niveau I, c'est réservé aux petites régions perdues. Ça rend service quand même. C'est sûr qu'il est important d'avoir une petite maternité près de chez soi* » (obstétricien, niveau I).

De l'avis des professionnels des personnes travaillant dans des établissements de 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 : « *à HEH, il y a un gars qui nous prend pour de la merde, et on n'envoie que les merdes. Effectivement, on envoie que des problèmes. C'est le but... Ils ne jouent pas le jeu, et ils recommencent tous les examens* » (obstétricien, niveau I).

Les femmes ne désertent-elles pas, à plus ou moins long terme, ces structures de proximité qui assurent les espaces de la naissance en plein cœur des quartiers : « *il va y avoir disparition de la maternité dite de secteur, de proximité. Il va rester 3 ou 4 grosses cliniques pour une vie commune qui vont fonctionner, et puis c'est tout, avec les hôpitaux secteur I et III, et puis c'est tout. Donc je ne suis pas certain que ce soit une bonne chose* » (obstétricien, niveau I) (Nous discuterons des incidences de ce point en terme de prévention).

Et comme tout se tient, revient le problème de l'information déjà évoqué précédemment : qui informera les femmes de la valeur qu'elles sont en droit de revendiquer et d'attendre de ces 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). »*

De plus ces « bas niveaux » (les appellations « au premier degré » sont déjà largement passées dans les langages) sont plus coûteux que les niveaux plus élevés. : *« et en plus c'est cher et il y a les dépassements d'honoraires »* (obstétricien, niveau I).

La question des dépassements d'honoraire est à régler dans la mise en place du réseau.

D4) 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. *« Chacun va se juger », « la mutation est un regard sur le travail de l'autre »* ont exprimé plusieurs médecins. La situation technique, qui renvoie à un statut institutionnel (*« je n'ai pas les moyens de traiter cette patiente ici »*) se déplacera inévitablement sur le sentiment d'un échec imputable à la défaillance et à l'incompétence des professionnels (je ne suis pas assez fort), incompétence donnée à voir au regard de celui qui peut assurer l'acte. Et cela va loin : *« on est des pions sans poids... On a des référents qui prennent en charge nos cas pathologiques »* (obstétricien, niveau I).

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. **Le glissement est à craindre entre l'impossibilité de gérer une situation et l'étiquetage d'incompétence.** Il s'agit là d'un point évoqué qui est posé comme un *« problème éthique »* et de *« reconnaissance des problèmes réels »*, de *« relation de confiance »* et qui renvoie à un *« problème de déontologie médicale »*. ; *« Il y a un obstacle de confiance. Celui qui travaille à tel endroit envoie au CHU et qu'au CHU, on dit ouais, c'est une connerie, il a fait n'importe quoi, c'est pas bien, c'est pas comme ça qu'on fait, ça c'est pas une façon de travailler. Si c'est vrai, si effectivement c'est mal géré et bien on se tait, on se téléphone, on dit écoute, je ne suis pas d'accord, mais on ne dit rien devant les gens. Et ça d'abord, c'est un problème d'éducation, c'est même pas un problème de réseau »* (pédiatre, niveau III) ; *« Les médecins de niveau I, il ne faut pas du tout qu'ils se mettent dans la peau de médecin de deuxième ordre, par rapport aux médecins de niveau III qui seraient les super cow-boys de l'obstétrique ou de la pédiatrie. Il faut qu'il y ait des gardes-fous pour qu'il n'y ait pas de dérives et la création d'une certaine hiérarchie parmi les médecins »* (obstétricien, niveau III).

➔ Le décret est dans ce sens particulièrement menaçant pour les praticiens des deux premiers niveaux (d'avantage encore pour le niveau intermédiaire qui se sent pris dans une profonde injustice et confusion sur ce point et qui pourtant a moins de raisons de se plaindre que les personnes travaillant dans des établissements de niveau I).

Cette menace habituelle dans le cadre de la pratique médicale comme dans toutes les professions qui engagent des compétences et des responsabilités pointues, devient vivement favorisée par la mise en application du décret : *« quelque part les gynécologues auront le sentiment qu'une mutation, c'est un échec de leur part »* (anesthésiste).

Un anesthésiste pense que les anesthésistes sont moins pénalisés par l'effet mutation car la relation est plus brève et plus déshumanisée avec le patient : *« c'est moins nos patients... »*.

Le facteur psychologique lié à l'atteinte du prestige a été soulevé plusieurs fois par les praticiens de toutes les catégories : le « receveur » d'une mutation est obligé de faire confiance à « l'envoyeur » sous peine de vivre cet envoi de façon persécutrice (« *Ils se débarrassent de leurs merdes* »). Du côté de l'envoyeur, la crainte ou l'anxiété d'un jugement du receveur sur la qualité de son activité médicale risque de perturber son évaluation du risque pathologique (sous estimation ou déni).

D5) Perte possible d'une patiente mutée

C'est l'effet principal de cette mise en réseau telle qu'elle est proposée et imposée. C'est là, tout au moins la rupture dans la continuité d'une relation, qui si elle est mal vécue par le médecin, ne pourra pas être parlée, expliquée sereinement. Cette crainte est récurrente dans les entretiens, elle est envisagée, plus ou moins raisonnée, en terme de confort, de dimensions économiques, mais plus encore en tant que risque psychologique : « *en fait les parents, ils ont une histoire avec l'équipe qui les a reçue pour un enfant très prématuré et puis finalement ils se disent, et bien cette histoire on va la finir avec la même équipe* ».

Le déracinement des femmes mutées est particulièrement abordé par les gynécologues et les sages-femmes.

A ce propos est encore évoqué la nécessité d'un ajustement relationnel de la part des équipes d'accueil.

E) La dramatisation et surmédicalisation de l'accouchement

La dramatisation et la médicalisation à outrance de l'accouchement sont évoqué par tous les professionnels.

« *Toutes les grossesses sont devenues à risque, parce que tout le monde tremble* ». Une telle répartition (concernant quelques cas) présente tous les termes et la logique pour faire croire, aux professionnels et aux femmes, à la **dramatisation de l'accouchement**. Or de l'avis des professionnels enquêtés « *des incertitudes, il y en a mais pas autant qu'on veut le faire croire* (anesthésiste, niveau II).

Plus fondamentalement les médecins, gynécologues et anesthésistes perçoivent l'effet d'un déplacement des responsabilités articulé à celui de la déqualification des compétences.

Les pédiatres restent d'avantage focalisés sur la question de l'éradication des risques.

La crainte majeure 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, crainte qui recouvre le débat de fond de la responsabilité et du rapport à « *l'immaitrisable* » et à la mort plus fondamentalement.

Cela ouvre précisément la question du faire-face à l'accident, qui est inhérent à la prise en charge de tout acte médical, essentiellement dans le domaine obstétrique. Parallèlement se pose le risque d'un pouvoir gestionnaire et du contrôle (cf. débats de fond) : « *lorsqu'il y a un problème en maternité, ça choque tout le monde, toutes les mentalités, que ce soit le personnel ou la famille* », « *et 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, c'est pas une science exacte* » (obstétricien, niveau II).

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 spécifique n'est pas programmable : en obstétrique, la programmation a toujours entraîné une augmentation des actes (par exemple, déclenchement de l'accouchement).

De fait, ce mouvement favorise un nouveau regard sur la grossesse. Celle-ci tend à ne plus être un processus physiologique mais une maladie : « *La grossesse est beaucoup moins quelque chose de normal. C'est une maladie, quelque chose à risque* » (sage-femme, niveau I).

Et comme, nous l'avons déjà abordé, les femmes aussi changent de mentalité « *elles entendent parler, elles lisent des choses dans les revues vulgarisées, et ça n'a pas que des effets positifs* » (sage-femme, niveau I).

Alors faut-il, est-il possible d'en arriver au « risque zéro », quels sont les enjeux et les effets iatrogènes de la poursuite d'un tel idéal ?

Ce qu'il est important de faire ressortir pour les professionnels, c'est qu'une telle recherche du risque zéro a des incidences certaines en terme de rapport à la technique et de considération de la femme :

→ **d'une part pour tendre « vers ça », on va mettre sur pied des structures trop lourdes qui vont faire monter la peur de l'erreur.**

D'autant plus que certains professionnels expliquent que la médicalisation de la naissance dans ces grosses structures est liée à la mise en place de la centralisation des assurances sur l'accident : « *les juges ne cherchent qu'une chose lorsque ça arrive : une assurance qui paie* » (anesthésiste, niveau II).

→ **la femme devient inévitablement le lieu d'expérimentation de cet idéal, ce qui tend à la mettre dans une position de soumission à des actes techniques dont elle est entièrement dépossédée.** La hiérarchie et la confrontation des compétences qui se jouent entre maternités et praticiens, se reproduit sur la scène de la relation praticiens/patientes : elle n'en est que plus entamée et invalidée : **l'augmentation des actes de césarienne** devient déjà de plus en plus la règle ordinaire, dans le but de faire baisser le taux des complications (protection du médecin vis à vis des pressions, des collègues). En bout de chaîne, l'accouchement devient hyper-médicalisé sur le mode chirurgical, or on connaît les conséquences psychiques de la césarienne sur le vécu de l'accouchement et la qualité de la mise en place de la relation précoce mère/bébé.

F) Le climat d'intensification des risques médico-légaux

Parallèlement, et dans cette même logique, 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 ils tendent à remplacer la relation de confiance mutuelle et le pacte tacite de l'imprévisibilité :

« *On est une spécialité où la pression médico-légale devient franchement intolérable... La relation avec nos patientes est en train de se transformer tout doucement. C'est à dire qu'avant, je considérais quand j'avais une patiente en face de moi, qu'il y avait un contrat tacite de confiance mutuelle, et maintenant on est en train de voir dans la patiente, une éventuelle procédurière... Les choses sont en train de changer. C'est absolument dramatique.* » (obstétricien, niveau III)

« *Et puis le médecin est depuis... Avant ils étaient considérés, non pas comme un notable, ...je ne vais pas dire au-dessus de tout soupçon...non mais maintenant ils sont complètement dans le collimateur. L'objectif des gens, c'est de casser du médecin, que ce soit les pouvoirs publics, les avocats ou la justice, on peut bouffer du médecin. C'est extrêmement dangereux, et là maintenant on est dans une situation où les médecins prennent des gardes-fous (on fait signer des papiers à droite à gauche, qui me navrent)...sous prétexte de qualité, sous prétexte de... Je n'en avais pas la notion avant...* » (obstétricien, niveau III).

Le procès est « *dans l'air du temps* », dans la tête des gens, et le décret arrive comme l'allumette dans le tas de paille : « *on avance dans ce sens, et là le décret appuie cette inclinaison...les médecins ont de plus en plus peur... chez nous on a un médecin qui a tellement peur des procès, que s'il y a une femme qui arrive et qui a mal à la tête, il lui fait un scanner à la tête...elles ont toutes une somme d'examens, mais c'est de la folie, de la folie...à cause de l'obligation... simplement pour qu'on aille pas dire qu'on n'a pas respecté.. Bientôt il va falloir conserver le ticket de la compresse ou du cathlon qu'on a mis, qu'il va falloir coller et scotcher...on va vers ça, c'est sûr, c'est sûr de toute façon on assimile de plus en plus les salles d'accouchement à un bloc opératoire...mais ce qu'on sait pas encore, c'est que la césarienne c'est pas anodin.... Les femmes ne meurent plus en maternité... les pépins arrivent 15 jours ou 3 semaines après* » (sage-femme, niveau I)

« *L'esprit des gens, c'est comme ça, alors le jour où il arrive quelque chose, automatiquement, c'est que quelqu'un est responsable, ça ne peut pas être la malchance, ça ne peut pas être, c'est à moi que ça arrive, non c'est automatiquement : "il y a quelqu'un de responsable, c'est soit on n'a pas fait les examens qu'il fallait, soit..." enfin, il y a toujours quelque chose, il faut trouver une raison...* »(sage-femme, niveau III) ; « *on accepte de travailler comme des fous, mais si par derrière c'est fait pour se faire 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)

« *Vous faites les trucs pile poil, on vous dit même pas merci, je suis sûre que vous aurez le procès, enfin la plainte, bon si on n'a pas réglé avec l'aléa thérapeutique la partie médico-légale, qui est la première cause pour laquelle les gens ne pratiquent pas la médecine, à mon avis... voilà on est quand même en première ligne, et la plainte, c'est homicide involontaire, tout de suite...sur le plan psychologique c'est extrêmement difficile* (obstétricien, niveau II).

Les anesthésistes vivent l'application des normes du décret d'avantage comme un cadre sécurisant avec l'idée que « *si on applique les protocoles, on ne pourra rien nous reprocher* ». Alors que les obstétriciens vivent et pressentent douloureusement l'augmentation de leur responsabilité puisqu'il s'agit de transférer une femme enceinte pour son bébé, sur des critères pédiatriques qui leur échappent.

Si certains pensent que les procès font partie de la « *nouvelles culture* » et qu'il vaut « *mieux apprendre à fonctionner avec* », d'autres sont beaucoup plus attentifs aux **dérives médicales et psychologiques** suscitées par ces pratiques.

La question qui se pose vivement dans les entretiens est celle du maintien d'un espace de liberté, d'une marge de manœuvre qui permette au praticien d'exercer son métier et à la patiente d'être bénéficiaire des soins qui lui sont prodigués : « *le problème médico-légal fait qu'on a beaucoup moins d'espace de liberté, qui va se retourner sûrement contre l'intérêt des patients, car dans la médecine, y'a un petit feeling, une petite manière de voir les choses avec l'expérience, avec tout ça, qu'on sent que certaines situations on va les gérer...bon on nous oblige peut-être à gérer comme ça, y a un cadre, mais tout seul, on ferait peut-être un peu différemment, qui peut-être se passerait mieux... La césarienne on l'a fait à la moindre anomalie. Mais je crois que c'est une évolution, la relation de confiance n'existe plus, étant donné qu'on est des prestataires de service... Mais il faut quand même essayer de repositionner une relation de confiance entre médecin et malade, et non pas de technicien qui vient faire son....* » (obstétricien, niveau II).

Le médecin-technicien tend ainsi à utiliser « sa » technique au service de sa protection personnelle, pour ne pas être pris en faute : « *les gens se rendent pas compte de ça, on va prendre des décisions obstétricales en fonction du médico-légal* » (obstétricien, niveau II).

G) Le clivage entre établissements privé/public

Ce risque de discrimination et de jugement réactive les difficultés entre les professionnels des établissements privés ou publics chacun appartenant à un système différent.

Il n'y a pas de différences notables dans le domaine strictement médical (critères de mutation, intérêt du réseau etc.) mais dans l'appréciation des obstacles et des conséquences du réseau « *si tout le monde ne joue pas le jeu des mutations dans les deux sens* ».

Il y a d'abord les habitudes médicales : les professionnels du privé envoient aux professionnels du privé par réseau d'amitié et de réciprocité économique (donnant/donnant). Les professionnels du public envoient aux professionnels du public. Il est une « *grande famille* », à laquelle on appartient ou vis-à-vis de laquelle on reste des étrangers.

Les points de la concurrence sont évoqués en terme de scientificité et en terme économique : Les professionnels du privé sont rémunérés à l'acte, ceux du public en salaire.

Le « *privé* » vit souvent le « *public* » comme un concurrent déloyal du fait même qu'il n'est pas soumis aux mêmes contraintes administratives et financières. Les motivations pour travailler dans l'un ou l'autre des systèmes ne sont pas les mêmes (liberté de la pratique libérale plus ou moins rémunératrice ou carrière dans la hiérarchie hospitalo-universitaire).

Les personnes travaillant dans des établissements de niveau III sont en général « *public* » les personnes travaillant dans des établissements de niveau I plutôt « *privé* ». Ces derniers seront obligés d'accepter le « *tout venant* » à bas risque sans faire de dépassement d'honoraires, ce qui est risqué en terme financier et pose donc la question déjà évoquée de la juste répartition des rémunérations et des coûts. Le privé va donc muter sur le public et perdre ainsi de l'argent surtout s'il n'y a pas de retour, car jusqu'à présent, le public envoie peu sur le privé. Du coup, les personnes travaillant dans des établissements de niveau II public craignent que les personnes travaillant dans des établissements de niveau I privé hésitent à muter pour des raisons économiques.

Au cœur de cet affrontement, les obstacles psychologiques sont énormes : les professionnels du privé se voient souvent comme méprisés par ceux du public, à la fois juge et partie en cas de difficultés médico-légales (les experts viennent des personnes travaillant dans des établissements de niveau III public) « *sur la région lyonnaise il y a une critique systématique contre tout ce qui vient du privé, tout le monde a des casseroles derrière soi, et tout le monde peut avoir fait une erreur, mais les savants du niveau III ont tendance à mettre tous les autres dans le même panier, et à avoir une attitude très anticonfraternelle* » (obstétricien, niveau I). Les professionnels du public se voient, eux, comme la « *poubelle du privé* », certains soupçonnant les professionnels du privé d'augmenter leurs actes d'extraction pour améliorer leurs revenus, quitte à muter ensuite sur un établissement public en cas de complications médicales.

IV) Difficulté d'application du décret

Par ailleurs, le décret semble difficilement applicable du fait de sa rigidité et d'une exigence protocolaire peu valide d'un point de vue pratique.

Sont particulièrement évoqués :

* 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).

Les aspects administratifs venant en lieu et place des soins représentent un chapitre important des plaintes créant une mobilisation énorme des équipes soins.

« *Ils l'(le décret) ont vu de façon très mathématique : ils n'ont pas vu le côté humain* (sage-femme, PMI). D'autant plus que l'administratif gère et génère de l'administratif comme le déclare un anesthésiste de niveau II.

La rigidité des protocoles est plus importante dans le public, où règne la hiérarchie des tâches et les relations de pouvoir (opposition libéralisme/hiérarchie).

* Le **cumul des protocoles** qu'il inclut est un surplus de travail qui vient se rajouter à la liste 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 d'autres paramètres (sociaux, psychologiques, économiques, culturels) que des critères strictement techniques sont à prendre en compte dans une décision.

* La mise en place d'une **organisation centralisée**.

* La **lourdeur des astreintes**.

Certains professionnels parlent d'assujettissement aux astreintes : certains voient cette règle comme inutile : « *c'est rester sur place à attendre, ça ne résout pas grand-chose, voir ça ne servira strictement à rien* ».

Analyse de contenu : perceptions de l'évaluation du décret

L'évaluation de la mise en réseau est souhaitée et quelques indications sont données dans cette perspective de l'évaluation.

La première évaluation porte sur les chiffres de la mortalité et de la morbidité (c'est ce qui est attendu en toute priorité).

I) Evaluation sur la mortalité des prématurés

II) Evaluation des séquelles périnatales

Sachant que la morbidité sévère d'un nouveau-né n'est pas repérable tout de suite après la naissance. Cette dimension statistique doit prévoir un suivi de la morbidité à long terme pour être valide : les praticiens ont insisté sur ce point.

III) Evaluation du fonctionnement du réseau

Evaluation de la qualité et des anomalies de fonctionnement du réseau.

IV) Evaluation des pratiques de prise en charge des femmes

Il s'agit d'évaluer les actes et attitudes vis à vis des femmes : celles qui ont été mal traitées, celles dont on aurait pu améliorer le traitement, celles à qui il est arrivé quelque chose qui aurait pu être évité... Les critères sont à définir.

V) Evaluation de l'évolution de la qualité des relations précoces mère/enfant

Les sages-femmes incluent dans ce temps de l'évaluation, **l'évolution de la qualité des relations précoces mère/enfant**. L'évolution ou la régression de la fréquence et de la qualité de l'allaitement sont objets de préoccupations

VI) Evaluation des modalités de prévention

On l'a vu, le critère de liaisons maternités /structures PMI et la faisabilité du soutien au domicile et de la préparation des mères étant pour les sages-femmes les critères les plus importants de cette prise en charge tout autant que de la prévention.

Il est à noter que les structures PMI se disent très disponibles pour établir des liens hôpitaux /PMI

Les pédiatres, quant à eux, semblent avoir anticipé la question de l'évaluation, en favorisant des temps de bilan et de synthèse, lors de réunions régulières : *« on se dit voilà ce qu'on a observé, voilà quelle est notre mortalité, notre morbidité, notre utilisation d'antibiotiques, etc etc... et puis on voit si ça paraît en relation avec tous ce qui se fait en France, ou si il y en a qui sortent des normes, soit en bien, soit en mal, et pour nous c'est pareil... Tous nos résultats sont ouvert, on a reçu tant de nouveau-nés, on en a tant qui sont morts... Il n'y a que comme ça, dans la totale transparence, que l'on peut améliorer le fonctionnement de la périnatalité au niveau régional et national. On n'a rien à cacher »* (pédiatre, niveau III).

Plusieurs rappellent que l'évaluation pose des problèmes complexes pour comparer les établissements en fonction de l'implantation géographique et des caractéristiques de la population locale. Ce sont des facteurs qui ont des effets sur la pathologie : l'âge de la première grossesse, l'écart entre les grossesses, leur nombre, les conditions de vie.. etc.

Analyse de contenu : alternatives proposées par les professionnels pour améliorer la régionalisation

I) Organisation des transferts pédiatriques

Par rapport aux questions pratiques du transfert, les médecins font des propositions concrètes et revendiquent la mise en place de moyens élémentaires de fonctionnement :

- mettre en place un **SMUR pédiatrique** : il semble vain, de l'avis de nombreux, de passer par un tel projet de planification et de centralisation pour mettre en place ce dispositif coûteux sur le plan financier et personnel sans la mise en place du moteur.

- mettre en place un **système de référents pédiatres** opérationnels qui soit coordonné au SMUR (formés en néonatalogie) et susceptibles de répondre et d'intervenir à l'appel des différentes structures (plutôt que tout soit concentré sur un pôle).

- créer une **cellule de suivi des capacités d'accueil** qui puisse orienter et organiser les transferts, soit une **cellule de régulation des transferts** : une sorte de « central » qui gère le planning des places en néonatalogie par relation permanente (téléphonique, fax ou Internet) avec les personnes travaillant dans des établissements de niveau III. Cette cellule sera chargée de « dispatcher » les demandes : *« une cellule qui saurait à tous moments où est-ce qu'il y a de la place à la fois pour la mère, à la fois pour l'enfant, ça ce serait vital.... C'est pas le médecin de départ qui a du boulot par dessus la tête qui est en plus obligé de gérer ce transfert »* (obstétricien, niveau III), *« c'est quand même pas difficile à mettre en place ça, et c'est demandé à corps et à cris, j'espère que c'est entendu... C'est demandé depuis longtemps....ça fait bien 3 ans qu'on en cause...on ne serait pas obligé de les envoyer en désespoir de cause à Aix en Provence.. ; »* (obstétricien, niveau II).

- mettre en place de **moyens nécessaires à la coordination des soins** :

Est évoquée dans ce sens la difficulté à avoir une synthèse globale du dossier d'une femme qui est en mutation : *« si quelqu'un ne garde pas la vision globale du dossier ou la synthèse du dossier, pour essayer de voir quels sont les avantages et les inconvénients (d'un traitement, d'une décision...je veux dire qu'il y a toujours une balance des risques à faire.... »* (obstétricien, niveau III).

II) Création d'un dossier commun

La proposition est faite de la création d'un **dossier commun** qui circulerait avec la patiente: *« un dossier qu'on pourrait se passer par Internet par exemple, qui soit le même pour tout le monde »* (pédiatre, niveau II).

Dans ce sens, les médecins proposent :

* **la gestion de dossiers communs** (avec des protocoles de mise en forme des comptes-rendus) susceptible de circuler entre établissements,

* **la création d'une vraie cellule de suivi et de régulation des protocoles médicaux.**

III) Réduction du découpage à 2 niveaux de soins

L'un qui reçoive les urgences, l'autre les grossesses « *ordinaires* », afin de maintenir une marge de disponibilité, une souplesse de fonctionnement tout en maintenant l'accueil des urgences (question cruciale actuellement dans les CHU).

IV) Développement de l'alternative à l'hospitalisation

Par le développement des suivis pré et post-natal « au domicile » (dans l'intérêt du soutien maternel).

« il y a certainement des techniques alternatives à l'hospitalisation qui peuvent être développées avec des hospitalisations à domicile, avec des sages femmes qui passent, avec des télétransmissions, des tracés. La télétransmission se faisait il y a quinze ans à la maternité de la Croix-Rousse (anesthésiste, niveau I).

« La préparation à l'accouchement (une vraie préparation) serait plus intéressante qu'un tel décret » (anesthésiste, niveau II).

« Vous voulez faire des réseaux pour la prise en charge mère-enfant, c'est trop tard, c'est avant qu'il faut commencer...comme des fois, on voit débarquer des femmes qui n'ont pas été suivies » (anesthésiste, niveau II).

V) Inclusion de structures « intermédiaires » au réseau

Ces structures étant susceptibles d'avoir des rôles clefs dans la mise en réseau, dont celle d'éviter une confrontation "*haut /bas*" qui risque d'être violente d'un point de vue prise en charge et aussi d'un point de vue économique (préoccupation des sage-femme essentiellement).

Discussion / Axes de débat ouvert par les professionnels

En toile de fond, ce décret révèle et crée ou renforce une perversion du système qui va à l'encontre d'une véritable politique de la prévention et favorise une hypermédicalisation de l'accouchement dans des conditions de dégradation de la pratique médicale.

Tous les praticiens interrogés disent que l'idée est bonne. Mais leurs points de vue montrent combien sont graves les retombées de ce décret, et combien la situation de la périnatalité le fait fonctionner de façon irrémédiable comme un objet de mise en impasse et de destruction sur bien des aspects.

I) L'absence de choix politique réels

Le décret est globalement vu comme un texte-repère de réorganisation et de réglementation de pratiques, ainsi qu'un cadre de concertation dont les médecins sont déjà bien conscients.

Mais il engendre plus de problèmes qu'il n'en règle réellement, dont certains semblent actuellement insolubles faute d'une réelle politique hospitalière et d'un épuisement à l'exécution.

On peut entendre dans l'ensemble des professions, (les pédiatres se décalent de ce discours sur certains points) un grand pessimisme, et même un réel découragement sur l'absurdité des différents points développés ci-dessus (pour certains irréalistes) et sur l'évitement des vraies questions auxquelles sont confrontés les praticiens au quotidien.

L'infantilisation et la déresponsabilisation des praticiens, sont vécues par tous.

Nombreux sont ceux qui voient des intentions sourdes dans ce décret, voilé par les arguments médicaux et sécuritaires « *en fait ce décret ne sert qu'à faire disparaître les petites structures... Ils s'en foutent des parturientes* » (anesthésiste, niveau II), « *il faut être clair, les patients sont les derniers sujets intéressants* ».

II) Une décision paradoxale

Le décret se caractérise par une série de malentendus et de contradictions.

Son ambiguïté réside dans le fait qu'il s'adresse aux établissements plus qu'aux praticiens et qu'il propose une organisation fictive déconnectée des problèmes aigus vécus sur le terrain.

* L'amélioration du suivi de la prématurité est demandée (exigée) sans que les moyens réels ne soient fournis, à commencer par la structuration réelle des transferts.

« *Si nous n'améliorons pas les transferts, si le maillon transfert est faible, il est bien inutile de prévoir la prise en charge de grosses pathologies* », « *je crois qu'il faut savoir ce qu'on veut, si on veut la sécurité maximale, alors...* »,

* Si la prévention de la prématurité se fait de plus en plus tôt, une telle prise en charge empiète sur le suivi des prématurés plus ordinaires (les progrès orientés sur la prise en charge des 26/28 semaines empiètent actuellement et en l'état des moyens sur la prise en charge des 31/32 semaines).

* Si l'on améliore la prise en charge des prématurés dans le sens de sauver des êtres, dont on ignore totalement à des dates si précoces la qualité de développement (médicalement,

psychiquement et au niveau de la vie familiale), comment situer l'eugénisme lié au diagnostic anténatal et que vient soutenir « *l'arrêt Perruche* » (2001) qui admet explicitement le fait que le handicap est une erreur (discrimination entre handicapés-erreurs et les handicapés-fatalité). Par ailleurs, ce décret censé « *sauver des bébés* » suscite une augmentation des actes traumatisants à leur égard : inflation des techniques, des traitements et des actes chirurgicaux, surenchères d'examens (tous les enfants sont prélevés, dosés (sucre...), mis sous antibiotiques à outrance).

De plus, cette hyper-technicisation s'édifie sur la dévalorisation de gestes et pratiques vitales (ex. de l'allaitement), et sur l'oubli que la médecine est aussi un art (revendiqué par plusieurs de nos enquêtés).

* La responsabilité des praticiens est de plus en plus grande d'un point de vue technologique, alors que les cadres de la prise en charge, de l'écoute des familles et des couples sont très précaires. La qualification du personnel n'est plus proportionnel à ce mouvement technologique. Les actes et interventions médicales sont de plus en plus périlleux d'un point de vue humain, et chacun travaille « *sans filet* », « *au coup par coup* », « *dans les couloirs* »... Disjonction inquiétante !

De plus, la recherche de l'éradication des risques crée de nouveaux risques et déplace les problèmes : « *le mieux est l'ennemi du bien* », « *à vouloir le risque 0, on régresse dans la pratique sur de nombreux points* ».

Ce décret se présente comme un mouvement sécuritaire inquiétant.

* L'augmentation des prises de risques médicaux (liés au diagnostic anténatal) et les bouleversements occasionnés par le décret ne sont ni pris en compte, ni régulés :

→ l'information et le soutien psychologique ne sont quasiment pas prévus (ni pour les praticiens, ni pour les parturientes) dans ce contexte de modifications des repères habituels.

→ l'absence de clarté et de précision des termes du décret ne permet pas la protection des praticiens engagés dans de telles transformations de leurs pratiques, et cela au sein d'un climat de pressions médico-légales très fort.

* Ce décret qui propose la mise en réseau et dont le principe est celui de la collaboration est en train de légitimer la voie du jugement et de la désignation des incompétences.

* De plus, une telle surenchère fait rentrer la périnatalité dans un système d'augmentation des dépenses qui est inquiétante, d'autant plus que les dépenses nécessaires, vitales ne sont pas accordées, celle d'un SAMU pédiatrique comme premier exemple. L'amélioration du coefficient de prévisibilité, le souci de se prémunir contre le risque médico-légal, le stress et la fatigue de praticiens, pas assez nombreux sont autant de facteurs perçus comme favorisant la multiplicité des examens et l'augmentation des actes médicaux.

Les médecins se sentent déchirés entre des exigences contradictoires, incompatibles comme le formule ce gynécologue : « *on est ballotté entre le risque médico-légal et la demande d'économie faite par la sécu... on ne peut plus exercer notre métier correctement (gynécologue)* ».

III) Un grand découragement pour l'avenir

« On est inquiet, on perd l'enthousiasme ou la confiance qu'on avait avant, j'ai toujours de l'enthousiasme, mais je suis inquiet sur l'avenir de la médecine en général, et de notre spécialité en particulier » (obstétricien, niveau III).

L'ensemble des propos laisse émerger un sentiment d'impuissance vis à vis des questions politiques, économiques et organisationnelles, ainsi qu'un sentiment de découragement vis à vis de la cohérence du soin. Ces sentiments sont abordés avec réserve et ne se disent qu'avec hésitation. Les enquêtés se ressaisissent et tentent de prendre du recul et de modérer une situation qui est source d'inquiétude : « voyons aussi le positif », « non ça ne m'atteint pas au fond ».

Les inquiétudes portent sur les points suivants :

- **La division de la pratique et la confusion des territoires d'intervention** est inscrite dans l'application du décret. Celui-ci morcelle et divise le corps médical plus qu'il ne le réunifie.

- **Le renouvellement du personnel médical** devient un problème préoccupant en obstétrique et en anesthésie particulièrement : « on risque d'avoir un gros problème de renouvellement de personnel médical dans les maternités » (anesthésiste, niveau II).

- **Les incidences économiques de l'application, pourtant très lourdes, n'ont pas été prévues**, sont tout simplement éludées : Comment va-t-on avancer ?

- Les **bouleversements énormes dans la pratique** de la néonatalogie, et rien n'est actuellement mis en place pour en planifier et réguler les différents aspects : c'est le **règne de l'improvisation, de la bonne volonté ou de la fermeture radicale, de l'interprétation abusive tout simplement quelquefois**.

Et au fond la dimension de réglementation commune, d'amélioration de gestion des transferts et des collaborations qui pourraient faire évoluer la recherche, les soins et la prévention ne peuvent pas véritablement être effectifs, faute de moyens et d'accompagnement dans les changements d'habitudes d'un corps de profession (une culture), qui se montre à bien des égards, autonome et résistant : « La médecine est très individualiste » (anesthésiste, niveau III).

Le réseau, de fait, se structure actuellement d'avantage sur les affinités et les appartenances que sur les prévisions officielles.

Chacun s'interroge sur l'évolution des choses, principalement sur les délais de la mise en application (un grand flou règne à ce propos), ainsi que sur les degrés et formes d'acceptation de cette mise en application : « doit-on se laisser imposer une contrainte supplémentaire ? » (référence à la garde sur place) (anesthésiste, niveau II).

Ce qui peut être fait, l'est dans la continuité d'une éthique professionnelle forte : celle de sauver l'enfant. Une telle intention secrète son envers, les arbitraires que risque bien de favoriser le décret.

Dans quel sens va se faire le changement ? Où va se situer le changement ?

Les pédiatres (néonatalogues) se montrent moins menacés du fait que ce décret semble être pour eux une **revalorisation professionnelle à long terme**. Leur préoccupation reste d'ordre pratique (formation, organisation, modalités de fonctionnement). Tout laisse penser que, pour eux, un tel décret est une chance qu'il ne faut pas laisser passer. Les pédiatres se resserrent, réfléchissent, s'organisent, prévoient et anticipent. Peut-être sont-ils les bénéficiaires d'une responsabilité grandissante renarcissisante, bien qu'ils ne soient pas à même d'y faire face actuellement (la formation en néonatalogie est limitée). Leur désir d'organisation, leur activisme et optimisme ne sont-ils pas liés au fait qu'ils ont à donner la preuve de ce qu'ils

peuvent faire. A bien des égards, le décret représente pour eux une occasion à saisir pour faire face à la menace paradoxale qui pèse sur l'utilité de leur présence, qui pèse et a pesé sur leur profession : « *nos gouvernements successifs depuis quelques années se posent la question de l'utilité de la pédiatrie par rapport à la médecine générale. Actuellement en haut lieu, on dit démontrez-moi qu'un pédiatre soigne mieux les enfants qu'un médecin généraliste, or on n'a pas les moyens de le démontrer parce qu'il faudrait faire des études, que c'est lourd et que ça n'intéresse personne* » (pédiatre, niveau III).

Leur euphorie n'est-elle pas le signe qu'ils pressentent de meilleures perspectives pour leur profession ?

On peut tout au moins interroger leur mobilisation d'organisation et d'identification des potentiels, des interlocuteurs possibles (sur quels confrères compter ?).

Il semblerait aux dires plus explicites de certains professionnels, que la pédiatrie lyonnaise « *privée* » était anéantie, inexistante, marginalisée : « *la situation à laquelle j'étais confrontée était archaïque, c'est à dire que sur le plan du matériel, des transferts, c'était les gynécologues qui décidaient ou alors les anesthésistes. Les pédiatres étaient complètement marginalisées, il y avait très peu de pédiatres qui prenaient des décisions de réanimation et qui agissaient sur les nouveau-nés, qui les sortaient d'affaire... ils étaient tous exclus des grandes décisions* (pédiatre, niveau II).

La profession semble en évolution, en mouvement.

IV) Une identité professionnelle malmenée

La pratique médicale est atteinte dans ses caractéristiques les plus traditionnelles, dans son principe même : c'est une identité malmenée, une profession bafouée.

Ce qui est énoncé à propos du décret montre les atteintes de l'exercice médical dans son essence même. Ce constat est à analyser en référence aux constats troublants des praticiens qui sont faites dans ce sens :

- **Il bouscule une culture médicale fondée sur l'individualisme**, sur la « *possession* » de sa clientèle, mais aussi sur la responsabilité de ses actes : « *sur Lyon, quand on savait que nos compétences étaient dépassées, on adressait la patiente, on ne cherchait pas à tout prix à garder une patiente pour laquelle on savait pertinemment qu'elle avait plus de chance ailleurs que chez nous. Enfin sur Lyon, on fonctionnait comme ça, mais maintenant (avec le décret), on assiste à une espèce de guéguerre entre les différents niveaux...je trouve que ça jette une connotation, un peu, je ne dirai pas politique, mais un peu passionnelle, en tout cas qui tombe dans un climat pas très serein dans le milieu obstétrical, c'est le moins qu'on puisse dire...chaque médecin agit en son âme et conscience, en fait maintenant en prenant des décisions (à sa place) on lui interdit cette réflexion* »(obstétricien, niveau I) ; « *moi je dis que c'est grave, la médecine est encore faite par les médecins, et à vouloir la faire autrement, on va aller droit dans le mur* »(obstétricien, niveau I)

- **Il porte atteinte aux compétences basées sur l'expérience et le savoir-faire de la pratique** acquise depuis de nombreuses années

- **Il porte atteinte à la confiance établie entre un médecin et sa patiente** qui risque de n'être appréhendée que sous l'angle de la « *faiseuse potentielle de procès* ».

« *je dirais qu'il y avait plus un rapport de confiance il y a 20 ans que maintenant* » (sage-femme, niveau II).

Globalement, si l'on écoute les propos des professionnels, le reproche le plus vif qui est fait à ce décret est celui-ci : il **porte atteinte à ce qui est perçu comme l'essence de la pratique médicale**, peut-être même à ce qui suscite et mobilise la vocation du médecin. Sans aucun doute menace-t-il à sa racine le désir de soigner avec tout le cortège de bénéfices, d'exigences de confiance dans les confrères, mais aussi de risque contenu dans ce périlleux métier. Tout au moins, c'est ce qu'exprime un certain nombre d'enquêtés, spécifiquement les gynécologues de niveau I, particulièrement affectés : « ...Ça nous permet de nous décharger de toutes les situations potentiellement, enfin juridiquement dangereuses, mais je pense que quand on fait de la médecine, ce n'est pas pour éviter la pathologie.....Je crois que quand on est médecin, il faut l'accepter... c'est un métier qui juridiquement restera dangereux, enfin médico-légalement... Donc l'histoire des niveaux, ça ne va pas changer grand chose... c'est un métier qui est déconsidéré du fait de ces niveaux, pour les gens qui sont dans les bas niveaux, je crois, je suis persuadé que la profession va disparaître, ça c'est évident... moi ce qui m'inquiète, c'est la disparition de la personnalité du médecin, de l'accoucheur....Il n'a plus de raison d'être... il y a des gens compétents, qui ont une compétence et qui vont perdre leur compétence... et ces gens-là ne seront pas renouvelés, ils seront remplacés par des techniciens qui n'auront plus de compétence. » (obstétricien, niveau I).

- Un point inquiète encore : **les structures se substituent aux médecins**, à la personne du médecin et l'administratif régit le monde des médecins, tous interchangeable à l'intérieur du système : « si on identifie un facteur de risque, on va envoyer la femme dans une structure, pas à une compétence, pas à quelqu'un qui est reconnu pour telle pathologie comme on faisait avant, mais à une structure, c'est ça qui va...on est tous les mêmes, il n'y a pas de différence, on est tous pareils, on est tous des pions, ce n'est pas nous qui décidons » (obstétricien, niveau I).

Comment peut être envisagé l'avenir de l'obstétrique à partir de telles perceptions ?

Il est dessiné par un bon nombre de professionnels enquêtés en ces termes :

- **disparition des «petits niveaux** : « on est en train de foutre en l'air les petites structures pour en reconstruire des grandes »(sage-femme, niveau II), « on va rayer tous les petits établissements de la carte, puisqu'on va vers un regroupement de grosses unités » (sage-femme, niveau II), et regroupement de la périnatalité sur des grandes structures « déshumanisées », ce « qui permettra de gérer mieux techniquement mais avec moins de personnel » : « on aura moins de temps pour discuter, moins de temps pour répondre » (sage-femme, niveau II).

- **déqualification des obstétriciens et disparition de la profession** : c'est la plainte récurrente des gynécologues : « on n'existe plus, on n'existe plus, c'est fini », « les gynécologues, vous savez quand il y en a 300 qui partent à la retraite, il y en a 85 qui arrivent sur le marché....c'est un genre de spécialité qui n'attire plus les jeunes ».

- **chirurgicalisation de l'accouchement** présenté comme l'une des premières conséquences de cette situation (par l'augmentation massive du taux des césariennes et la normalisation de cet acte).

- **déconstruction des idéaux et des valeurs d'une grande majorité de professionnels** « qui n'ont pas fait médecine pour ça ». Certains envisagent alors de partir pour exercer une pratique plus conforme à ceux-ci (en libéral ou dans l'humanitaire), d'autres d'anticiper leur départ à la retraite. La majorité des professionnels enquêtés s'inquiètent du rôle de cette dégradation de l'image de l'exercice de la périnatalité qui n'attire plus les étudiants tentés alors par d'autres spécialités moins pénibles, plus valorisées et plus lucratives. Tout cela ne favorise pas le renouvellement du personnel médical.

- **déresponsabilisation des sages-femmes** qui sont obligés de se soumettre aux avis des experts (surtout les pédiatres) de façon accrue : *« on est plus sécurisé, mais on y perd aussi de notre diagnostic....c'est à dire qu'on n'attend pas de voir l'anomalie pour appeler le pédiatre, mais on l'appelle parce que ça rentre dans tel ou tel cas prévu par le protocole ...on va appeler le pédiatre, parce que c'est marqué, alors que le bébé va très bien...ce que je reproche à ce système là c'est qu'on devient des robots...mais on voit après tout ce qui en découle (risque médico-légal) et on se fait une raison »* (sage-femme, niveau III).

Dans cette perspective, le décret est perçu comme étant néfaste, parce qu'il « casse » les professionnels: *« C'est comme si on s'occupait de la sortie d'un tuyau, sans s'occuper de toute la longueur du tuyau d'arrosage »* (obstétricien, niveau I).

La profession périnatale connaît une crise grave et, comme le formule un gynécologue, il faudra bien un jour où l'autre la réinventer, la recréer, la redéfinir.

V) Les dimensions psychiques et éthiques de la naissance

Les dimensions psychiques et éthiques de la naissance sont vivement posées au travers de ce décret et révélées par lui.

Ce décret est annoncé comme un décret d'amélioration de la qualité de vie, de sécurité et de promotion de la vie. Il est fondé sur ces arguments du recul de la morbidité. Il est présenté comme tel par les professionnels dans l'idéal. Mais ils sont tous unanimes sur ce point : sur le terrain ce décret ne règle pas les problèmes, bien plus il en crée (nous l'avons vu, il crée du stress, de la peur, de l'inquiétude car il rigidifie une pratique et l'invalide sur certains aspects au lieu de la réglementer). Mais surtout **il révèle les problèmes psychologiques et éthiques graves du terrain de la naissance**. Les médecins, surtout les gynécologues osent dire : *« on nous parle de la qualité de la naissance, alors abordons ce qui est inacceptable au nom du respect, au nom du soin, au nom de la vie »*.

-L'impact **psychologique mais aussi médical de la mise en réseau sur les femmes elles-mêmes**, il est envisagé dans un certain flou (absence de choix, discontinuité des soins et des liens avec une équipe médicale, angoisse de se retrouver en terrain inconnu, question des « passe-droits », force de l'habitude qui rassure). Beaucoup de médecins de notre échantillon pensent qu'une bonne explication suffira à résoudre les problèmes avec le public. Un exemple : pour les parents, le fait d'avoir été muté dans un niveau à haut risque ne laisse-t-il pas plus d'angoisse, plus de doute, sur les séquelles possibles de leur enfant, quelle que soit par ailleurs la réalité de la pathologie ?

Reste donc à évaluer l'impact de ce décret pour le public directement concerné.

L'atteinte psychologique se pose du côté des mères et des bébés, mais aussi du côté des professionnels. Les sages-femmes sont plus attentives à ces questions. En tout cas elles les expriment plus librement, comme cette sage-femme de niveau III, particulièrement sensible à la valeur d'une écoute spécialisée : *« il faut absolument qu'il y ait un pédopsychiatre pour l'équipe et pour les mamans, pour les mamans bien sûr, mais aussi pour nous, d'ailleurs nous, on demande, sans l'obtenir vraiment un temps de parole qui nous semble nécessaire, on aimerait bien une fois par mois »*.

Les sages-femmes sont les seules à aborder la place du père et son influence dans l'accouchement.

Ce décret traduit une évolution sociale qui pose nombre de problèmes éthiques abordés plus ou moins explicitement par les praticiens interrogés :

- le décentrement de la préoccupation pour la mère vers le bébé (comme objet pédiatrique) révèle bien que **l'enfant est devenu rare et roi**. On le soigne et on le sauve à tout prix, quitte à bouleverser l'ensemble du système de néonatalogie pour 5 à 10 % des cas. Se posent alors la question de la limite de la viabilité et donc des choix difficiles à poser entre la survie au prix du handicap et de diverses séquelles et l'abstention thérapeutique entraînant la mort (sans parler du coût financier de la réanimation précoce qui est mis ici et pas ailleurs).

- **Le décret de mise en réseau pose plus fondamentalement la question de l'augmentation de la grande prématurité** et de ses causes : effets de l'augmentation des pratiques de PMA, du recul de l'âge de la première grossesse, mais aussi des conditions socioculturelles et économiques des femmes dans notre société : celles-ci travaillent plus qu'avant et dans des conditions difficiles malgré les progrès de la protection sociale. En outre, le nombre de fumeuses est important.

-De plus, il est perçu comme un révélateur de la **complicité, mais aussi de la soumission** des médecins à un certain nombre de directives.

Il permet ainsi de témoigner de certaines attitudes du corps médical, de certaines « irrégularités » mises au service d'idéologies de pouvoir et d'emprise sur la vie : « *non seulement on n'a pas fait naître un enfant plus en bonne santé qu'il y a 20 ans grâce à tous ces examens, mais en plus, on a éliminé beaucoup de malformés, d'anomalies génétiques, et on a éliminé aussi beaucoup de gosses qui ne demandaient rien à personne et qui allaient très bien avec la multiplication des amniocentèses... et je crois qu'une grande partie de l'angoisse des médecins, et des femmes enceintes seraient réglée avec un changement de loi* » (obstétricien, niveau II).

Car il est réellement question de loi et de limite au travers de nombreux propos : « *on casse des gosses uniquement sur des suspicions sans aucune certitude puis on sait pas où est la limite, et puis est-ce au médecin de décider où est la limite ou est-ce à la société ?* » (obstétricien, niveau II).

La loi est mise en échec, parce qu'elle est prise dans les filets de la rentabilité, chacun le sait, le dit à sa façon : « *il y a un fromage autour de tout ça dont personne ne parle jamais en terme financier qui est phénoménal, mais personne n'en parle jamais....* » (obstétricien, niveau II).

De nombreux praticiens (essentiellement les gynécologues et obstétriciens) demandent une discussion globale entre professionnels/syndicats et politiques, à propos de la qualité de l'accouchement, de la qualité de vie de l'accoucheur, des responsabilités médico-légales de l'accoucheur (tant qu'il en est encore temps, est-il encore temps ?).

Ils demandent une discussion de fond sur la situation actuelle « *à venir, un débat où chacun apporte sa « contribution » dans le but d'adopter « une ligne vectrice* ».

Si le débat est souhaité, s'il n'a pu encore avoir eu lieu réellement, c'est sans aucun doute parce qu'il touche à des points aussi vitaux. Comment pourront-ils être abordés dans le climat actuel de précarisation?

Et si ce décret, comme le soutiennent certains gynécologues « *ne vaut rien* », comment sera-t-il mis en application. Certains là encore sont sceptiques : « *quand un décret est aberrant, les gens ne l'appliquent pas tel quel, vous verrez avec le temps* » (obstétricien).

Projets d'articles

- le décret sur la périnatalité : une suite de malentendus et de paradoxes. Quelles conséquences (analyse des perceptions de la profession périnatale) ?
- Disjonctions entre les décisions politiques et les pratiques du terrain : les distorsions du système de soins « c'est très bien en théorie mais le problème c'est que c'est difficile du point de vue pratique ».
- Vie psychique des soignants face aux contextes paradoxaux, aux contraintes idéologiques et aux exigences éthiques.
- la périnatalité en danger : quelles incidences psychiques et sociales, quels enjeux symboliques ?