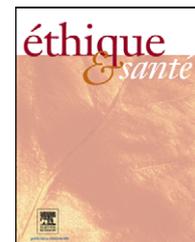




Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com



ARTICLE ORIGINAL

Enjeux de santé publique et questions éthiques chez les professionnels du réseau de périnatalité

Public health and ethical issues for perinatal network professionals

J.-P. Durif-Varembont^{a,*}, C. Durif-Bruckert^a,
S. David-Tchouda^b, P. Scharnitzky^c, N. Mamelle^{d,1}

^a Groupe de recherche en psychologie sociale (EA 4163), institut de psychologie, université Lyon-2, 5, avenue Pierre-Mendès-France, 69676 Bron cedex, France

^b Département de veille sanitaire, unité d'évaluation médicale, CHU de Grenoble, B.P. 217, 38043 Grenoble cedex 9, France

^c Groupe de recherche en psychologie sociale (EA 4163), université de Picardie-Jules-Verne, chemin du Thill, 80025 Amiens cedex 1, France

^d Inserm U 369, Lyon, France

Disponible sur Internet le 7 juillet 2008

MOTS CLÉS

Périnatalité ;
Santé publique ;
Éthique ;
Psychologie médicale

Résumé La mise en place obligatoire du réseau français de périnatalité par le décret de 1998 vient formaliser une organisation en réseau des maternités et des services pédiatriques selon le niveau de risque pour l'enfant, entraînant des contraintes nouvelles en termes de plateau technique, d'astreinte médicale et d'échanges de service. Une enquête par entretiens semi-directifs auprès de 49 professionnels de la périnatalité nous a permis dans un premier temps [Rev Epidemiol Sante Publique 53 (2005) 361–372; Durif-Bruckert C. Un aspect de la crise du système de santé et des soins : l'oubli des savoirs ordinaires. In: Claveranne JP. La santé demain, vers un système de soins sans murs. Lyon: Economica; 1999. p. 105–20] d'évaluer le degré d'acceptation de ce décret, ses problèmes d'application concrète et ses effets sur les identités professionnelles. Après avoir rappelé le contexte général des contraintes paradoxales de ce secteur d'activité médicale, nous voulons montrer dans le présent article les craintes et les questions éthiques qu'ils partagent dans la mise en pratique du réseau de périnatalité, avant de préciser celles qui sont spécifiques à chaque catégorie professionnelle. L'appréciation du moment et de l'opportunité d'un transfert prénatal focalise particulièrement les interrogations

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jean-pierre.durif@univ-lyon2.fr (J.-P. Durif-Varembont).

¹ Nicole Mamelle, décédée récemment, dirigeait l'équipe d'épidémiologie au sein de l'unité Inserm U 369. Elle a été à l'initiative de cette recherche. Nous la remercions et lui rendons hommage.

KEYWORDS

Perinatal network;
Public health;
Ethics;
Medical psychology

et les craintes. La mise en application du décret soulève de façon récurrente la question de la confiance entre praticiens et révèle des questions éthiques très vives.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary Within the present context of limited human resources, the discipline of obstetrics has to meet two important challenges: treating an increasing number of premature babies at increasingly earlier ages while assuring the safety of the mother and child. The prenatal transfer recommendations of the 1998 French regulations on perinatal medicine established a network of admission services operating according to infant risk status. A survey was conducted to determine acceptance of the regulations, their implementation, and the impact on professional identity using a semi-directive interview of 49 perinatal health professionals. The analysis of these interviews, by professional categories and levels of care, gave a clearer picture of the effects of contradictory constraints generated by planning obstetrics, an unpredictable activity. These psychological consequences were found to be linked with professional narcissism, but also with the new economic and social factors governing the legal responsibility of maternal transfer. These interviews revealed that perinatal practitioners are faced with fundamental ethical issues affecting their professional activity. The application of the present regulations has raised three types of problems to the midwives, gynecologists, obstetricians, pediatricians, and anesthetists we interviewed.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Le contexte médicosocial de la périnatalité en France : gérer la pénurie tout en diminuant les risques. Dans notre société, le nombre de bébés qui naissent prématurés ne cesse d'augmenter pour des raisons à la fois médicales et sociales. L'augmentation du nombre de grossesses assistées a entraîné celle des grossesses multiples, facteur de prématurité. L'amélioration du suivi prénatal et des techniques de réanimation pédiatrique permet de sauver des bébés de plus en plus petits. Ainsi, les anciennes fausses couches tardives deviennent des prématurés de petit poids, avec la nécessité nouvelle de les prendre en charge et cette question éthique majeure de la limite du raisonnable en matière de survie et de risque de handicap : jusqu'à quel stade de développement, jusqu'à quel poids descendons-nous ? En prenant le risque de quelles séquelles pour l'enfant et ses parents ? Les conditions de travail très fatigantes de certaines femmes et les facteurs psychologiques augmentent le risque de prématurité². Les mentalités évoluent aussi : la priorité s'est déplacée de la mère à l'enfant, devenu rare et roi [5].

Dans ce contexte, la mise en place obligatoire du réseau de périnatalité par les décrets de 1998³ a comme objectif essentiel d'améliorer la sécurité médicale aussi bien pour les femmes que pour les bébés en privilégiant les transferts prénataux [6].

Elle fait suite à un certain nombre de constats et d'analyses sur la situation de la médecine périnatale en

France, rappelés lors de la conférence de consensus dirigée par le CNGOF⁴.

Constatant les difficultés récurrentes de transfert des patients d'un établissement à un autre, faute de places dans les services spécialisés correspondant à leur état de santé, il s'agit d'optimiser les délais et d'améliorer l'accueil de tous les bébés qui en ont besoin dans les services de réanimation néonatale et des mères en grossesse pathologique dans des maternités de référence [7–9].

L'augmentation constante du nombre de grands prématurés (moins de 28 semaines) due en partie à l'évolution de l'âge des mères, aux conditions du travail féminin, à l'accroissement très important du nombre de grossesses multiples issues de fécondation in vitro et à l'usage mal contrôlé des inducteurs de l'ovulation, entraîne un accroissement des besoins en pédiatrie néonatale [6].

La baisse de la démographie médicale et donc la pénurie de personnels dans toutes les disciplines concernées obligent à restructurer tout le système. Il y a peu d'anesthésistes-réanimateurs pratiquant spécifiquement en maternité, les pédiatres formés en réanimation néonatale restent peu nombreux et les sages-femmes sont débordées.

Enfin, les contraintes financières des gynécologues-obstétriciens sont lourdes par rapport à d'autres professionnels et différentes selon leur appartenance au secteur privé ou public.

Les professionnels de la périnatalité n'ont pas, pour la plupart, attendu la parution des décrets pour s'organiser en réseaux de soins périnataux, mais l'obligation légale de le faire entraîne des conséquences sur la pratique médicale et la psychologie des praticiens, conséquences que nous avons tenté d'évaluer dans une enquête par entretiens semi-directifs auprès de 49 professionnels de la périnatalité. Dans cette approche pluridisciplinaire privilégiant les

² Cf. Les recherches de Nicole Mamelle montrant que, sauf conditions de travail très fatigantes, ce n'est pas l'activité de la mère mais des facteurs psychologiques qui augmentent le risque de prématurité [3,4].

³ Décret n° 98-899 du 9 octobre 1998, paru au J.O numéro 235 du 10 octobre 1998, p. 15343.

⁴ Comité national des gynécologues et des obstétriciens français (CNGOF).

aspects psychosociologiques, épidémiologiques et éthiques, nous avons pu mettre en évidence leur perception de ce décret et de ses effets [1,2,10]. Après avoir rappelé le contexte général des contraintes paradoxales de ce secteur d'activité médicale, nous voulons montrer dans le présent article, en nous mettant à l'écoute du dire de ces professionnels directement concernés, les craintes et les questions qu'ils partagent dans la mise en pratique du réseau de périnatalité, avant de préciser le vécu et les questions éthiques communes et spécifiques à chaque catégorie professionnelle. La coopération interprofessionnelle supposée par le réseau pose des questions complexes de prise de responsabilité et de risques, de vécu du partage des compétences et de répartition des tâches, de confiance entre les partenaires mais aussi entre les soignants et le public.

Certaines questions constituent une sorte de paradigme éthique de celles qui se posent actuellement dans le monde du soin : le consentement et la liberté de choix de l'équipe et du lieu d'accouchement pour les femmes avec le risque toujours présent d'une discrimination sociale, le découpage des patientes en tranche en miroir de l'anonymisation croissante des praticiens devenus des prestataires de service dans une usine soignante complexe, la surmédicalisation de la naissance [2,11] traitée de plus en plus comme une maladie au détriment de l'accueil du bébé comme une personne et des conditions favorisant les relations précoces parents-enfant, les risques d'eugénisme ou de handicap liées à un éventuel acharnement à la réanimation précoce, la subordination de l'éthique et de la clinique aux impératifs économiques de rentabilité.

Contraintes paradoxales et souffrance des praticiens

Le décret de périnatalité traduit la demande sociale de tendre vers le risque zéro et de permettre le droit à l'enfant pour tous dans la plus grande sécurité médicale possible, d'où l'augmentation progressive de la pression médicolégale. Diminuer les risques tant pour la mère que pour l'enfant relève d'un souci politique légitime, mais c'est aussi un enjeu économique en période de pénurie et de rationalisation des moyens [12]. Les incidences de ces changements sur l'acceptabilité réelle [1] de la mise en réseau et sur la relation des professionnels avec le public concerné, les femmes enceintes en premier lieu, ont été peu prises en compte, mis à part une étude qualitative menée en Auvergne⁵. L'impact psychologique de l'absence de choix du lieu d'accouchement, les conséquences des ruptures de lien avec le médecin de confiance, leur vécu des transferts sont évoqués avec un certain flou. Ainsi, les pédiatres en ont une vague idée : ils pensent qu'il suffira d'expliquer rationnellement aux mères pour résoudre ce genre de problèmes, ne comprenant pas certaines réactions qu'ils qualifient

⁵ Choquet A, Grondin MA, Gerbaud L. Étude qualitative sur le vécu des patientes dans le cadre de soins périnataux. Rapport d'étude OBRESA, octobre 2004 : 21 p.

d'illogiques [13]. Les sages-femmes, elles, posent la question des obstacles psychologiques à surmonter pour les multipares qui ont tendance à revenir sur la structure qui les a accueillies pour les accouchements précédents.

L'exigence paradoxale de la prévisibilité dans une activité aléatoire

L'organisation du réseau de périnatalité en trois niveaux⁶ traduit techniquement la demande sociale d'une prévisibilité maximale des risques pathologiques encourus par la mère et/ou l'enfant, car l'organisation suppose de la prévision. Or le facteur prévisionnel constitue un paradoxe eu égard à la spécificité des phénomènes de la naissance : l'accouchement suit un processus physiologique naturel et tous les professionnels de la périnatalité s'accordent à reconnaître que la plus grande part de leur activité n'est pas programmable. De plus, en obstétrique, la programmation entraîne toujours une augmentation des actes médicaux et des examens. Par exemple, au lieu de prendre le risque de laisser le processus naturel opérer, on déclenche artificiellement l'accouchement. L'objectif de sécurité médicale est louable mais il n'est pas exclu que certains actes soient plus justifiés par leur rentabilité financière que par des nécessités cliniques (en compensation des gardes où il n'y a aucun acte rémunéré), c'est du moins ce que quelques praticiens nous ont laissé entendre.

L'amélioration du coefficient de prévisibilité pour une meilleure gestion du déroulement de la grossesse pousse donc à l'augmentation des examens et sans doute des actes techniques alors que l'obstétrique est particulièrement une activité aléatoire : des facteurs complexes et multiples entrent en jeu dans la grossesse de chaque femme et l'histoire de chaque couple, sans oublier des variables socioéconomiques et géographiques.

La grossesse et l'accouchement sont de plus en plus considérés comme des maladies, envisagées pour leurs risques, relevant d'actes techniques à programmer, et de moins en moins comme un processus physiologique naturel nécessitant un accompagnement psychologique et humain avec l'appui d'un plateau technique.

⁶ Le haut risque (3%) concerne les accouchements survenant à moins de 33 semaines ou un bébé pesant moins de 1500 g à la naissance. Il relève de centres périnataux de niveau III (avec réanimation pédiatrique).

Le risque intermédiaire (8–9%) concerne les accouchements survenant entre 33 et 36 semaines ou un bébé pesant entre 1500 et 2500 g à la naissance. Il relève de centres périnataux de niveau II (avec pédiatrie néonatale).

Le bas risque concerne les accouchements survenant au-delà de 36 semaines ou un bébé pesant plus de 2500 g à la naissance. Il relève des maternités de niveau I appelés aussi parfois « maisons de naissance ».

La planification et l'augmentation des interventions techniques de précaution

L'augmentation des interventions techniques de précaution est une probabilité envisagée par de nombreux professionnels. Le principe de précaution et la rationalisation a priori des soins ne peuvent qu'entraîner la multiplication des échographies et autres examens, car l'accroissement du poids des protocoles et de la référence aux RMO⁷ risque de se faire au détriment du sens clinique, regrettent nombre de professionnels de la naissance anciens dans le métier. Beaucoup de médecins et de sages-femmes interrogés craignent que leur métier ne se réduise progressivement à la technique ou à la prestation de service en remplacement du côté artisanal et relationnel qui les avait attirés dans la pratique soignante. Les statistiques 2003 de la DREES⁸ semblent confirmer l'idée que toute planification s'accompagne de l'augmentation des gestes techniques (péridurales, césariennes) dans le cadre des contraintes de protocole et dans l'évitement de la prise de risque de l'accouchement naturel, la « chirurgicalisation » de l'accouchement est souvent présentée dans notre enquête comme une conséquence de la mise en place du réseau de périnatalité mais aussi de la pénurie de plus en plus grande de médecins spécialisés dans ce domaine. Avec quelles conséquences sur les relations d'attachement mère-enfant ?

Le déplacement des responsabilités médico-légales

La mise en place du réseau, avec l'organisation des transferts qu'elle implique, revient à instaurer une sorte de « parapluie » protecteur constitué par chaque niveau « supérieur » pour le niveau « inférieur ». La crainte des praticiens des maternités de niveau II et III est grande de voir augmenter les stratégies d'anticipation du moment de la mutation d'une femme à grossesse à risque d'un service à l'autre, des mutations « de précaution » uniquement destinées à se prémunir contre le risque médico-légal. Celle du niveau I est que les niveaux III, censés accueillir seulement les grandes pathologies alors qu'ils ont aussi mission d'accueillir les femmes de leur proximité, ne leur prennent une partie de leur clientèle de femmes à grossesse normale, ce à quoi les niveaux III (essentiellement des CHU) répondent qu'ils ont aussi une mission de formation des internes et des sages-femmes et qu'ils ne peuvent pas « former qu'avec de la pathologie ».

L'appréciation du moment et de l'opportunité d'un transfert est en effet complexe et suscite interrogations, craintes et fantasmes : il peut survenir trop tard dans l'urgence ou trop tôt par précaution. La question du déplacement des responsabilités de la mutation est cruciale : le bébé n'étant pas encore né, c'est le gynécologue-obstétricien, parce qu'il a une vision globale de la femme, qui décide, mais sur des critères maternels et pédiatriques.

La mise en place du décret de périnatalité opère un changement de conception en distinguant mère et enfant alors que le prénatal était jusqu'à présent centré essentiellement sur la mère comme femme enceinte, le bébé faisant partie d'elle.

Le service receveur craint d'être responsable des erreurs techniques des envoyeurs : « Ils vont nous refiler leurs merdes », disent en substance un certain nombre de praticiens. Bien que les praticiens soient tous d'accord pour sa mise en place, la pratique du réseau pose la question de confiance, non seulement des praticiens entre eux, mais aussi envers les patientes, vécues comme faiseuses potentielles de procès.

La question de confiance et la crainte de la dévalorisation

« Passer la main » peut être vécu comme un échec, tout du moins comme une déception. Muter un enfant dans une structure nécessite d'avoir confiance dans les performances de celle-ci, alors « comment peut-on envoyer un enfant à des confrères d'un autre service lorsqu'on n'est pas convaincu de leur capacité réelle ? ». Comment se feront la coordination et les échanges entre le public et le privé ? Il n'y a pas de différences fondamentales entre les deux secteurs du point de vue strictement médical mais ces différences existent en ce qui concerne les craintes, le mode de fonctionnement et la culture de chacun. Leur rapport n'est pas simple, économiquement et psychologiquement, à cause des écarts de rémunération et des contraintes de travail : le public se vit comme « la poubelle du privé » ; certains professionnels pensent que les niveaux I du privé⁹ pourraient hésiter à faire des mutations (ou attendre trop longtemps) par peur de perdre leur clientèle. Le privé voit le public comme une « concurrence déloyale » puisque travaillant sur le même objet à moindre coût, mais le public répond qu'il assume des contraintes spécifiques de service public. Le privé envoie habituellement au privé par réseau d'amitié et pacte économique alors que le public envoie au public par sentiment d'appartenance au même système et par idéologie d'égalité sociale.

Tous ont compris la nécessité d'avoir de bonnes relations avec les confrères des autres niveaux car c'est le gage d'une réciprocité des mutations. Les femmes auront toujours la possibilité de choisir leur médecin mais ce dernier doit appliquer le décret qui s'inscrit dans cette « médicalisation de l'existence » évoquée par Gori [11]. Le décret rationalise tout, et les praticiens en perçoivent la nécessité tout en dénonçant une certaine obsession sécuritaire, vue uniquement sur un plan technique, même si l'un de ses points positifs est la non-séparation mère/enfant. « Non seulement on n'a pas fait naître un enfant de 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,

⁷ Références médicales opposables.

⁸ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques au ministère de la Santé. Études et résultats, n° 383, mars 2005. Disponible sur <http://catalogue.sante.gouv.fr>.

⁹ Au moment de la mise en place de fait du réseau, des directeurs de maternités privées ont poussé pour devenir niveau II sans forcément en avoir les moyens, pour préserver l'image de marque et la réputation de leur clinique.

et on a éliminé aussi beaucoup de gosses qui demandaient rien à personne et qui allaient très bien avec la multiplication des amniocentèses... et je crois pas qu'une grande partie de l'angoisse des médecins et des femmes enceintes serait réglée avec un changement de loi» nous confie un gynécologue-obstétricien de niveau II, pointant le risque d'eugénisme.

De façon générale, il ressort de nos entretiens que la concentration des pathologies en « grande » structure, le risque de déqualification des praticiens de niveau I par perte de l'entretien des compétences, les obligations formelles de toutes sortes, entraînent la remise en cause des idéaux ou un sentiment de dévalorisation au point que certains envisagent de quitter les structures hospitalières pour partir faire de l'humanitaire. Si le regroupement des moyens dans une plus grande unité permet une meilleure sécurité médicale et une absence de rupture du lien mère-enfant, il augmente l'anonymat des clientes et des personnels qui pourraient tous devenir des techniciens relativement interchangeables. L'inflation de la maîtrise du vivant [14] se heurte à ce qui lui échappe, ce que traduit bien le vécu des différents professionnels interrogés.

Le vécu et le questionnement éthique spécifiques à chaque catégorie professionnelle

Les sages-femmes entre crainte de déqualification et souci du lien mère-enfant

Quel que soit le niveau où elles interviennent, les sages-femmes expriment toutes un vécu de parcellarisation des tâches et d'anonymisation, décrits dans maints travaux sur les effets du taylorisme. Elles craignent de n'être plus qu'un simple technicien dans une « usine à bébés », formule utilisée fréquemment dans leur bouche, pour quatre grands types de raisons :

- l'augmentation du nombre d'accouchements et de la masse en personnel médical nécessaire à un établissement pour être agréé niveau II ou III ;
- le fait de muter une femme enceinte par obligation dans un niveau supérieur entraîne un sentiment d'incomplétude, car les sages-femmes n'accompagnent plus la totalité du processus pré- et postnatal ni bien sûr le couple jusqu'au retour au domicile avec leur enfant ;
- elles ont une moins grande connaissance des femmes et les liens avec elles sont plus distendus. En maternité de niveau I, par manque de lits, les mères séjournent de moins en moins longtemps ; « Il y a quelques années encore, les femmes et leur bébé restaient hospitalisés entre trois à six jours. Par petites étapes, on est en train de diminuer de moitié ce délai », constate Paul Vert, rapporteur d'une étude sur le sujet pour l'Académie de médecine¹⁰ qui s'inquiète du suivi des nouveau-nés et de leur mère en cas de retour précoce. Les

sages-femmes sont sensibles à l'absence de soutien psychologique dans cette période de fragilité du post-partum et d'établissement du lien mère-enfant [15]. Elles sont d'ailleurs les seules à évoquer la place du père comme critère à prendre en compte dans le choix des lieux de mutation ;

- la fragmentation de l'information médicale qui ne circule pas en totalité d'un niveau à l'autre accentue l'effet de morcellement et de parcellarisation des tâches, de même que l'angoisse de ne pas disposer de toutes les données laisse imaginer des transferts « abusifs » ou « exagérés ».

Il n'y a pas assez de sages-femmes et les systèmes de relais restent à organiser entre les sages-femmes hospitalières et libérales, en partenariat avec les centres de protection maternelle et infantile. C'est l'espoir de nombre de sages-femmes de profiter du réseau pour développer le suivi à domicile, ce qui suppose d'améliorer le diagnostic des menaces d'accouchement prématuré, mais aussi l'accueil dans des structures légères, « style maison de repos », voire hôtels de naissance, pour les femmes qui habitent loin des grands centres.

Les préoccupations des sages-femmes rejoignent ainsi celles des obstétriciens de niveau III, conscients des conséquences de la rotation rapide des lits qu'ils sont obligés de faire pour libérer de la place : les femmes seront obligés de rentrer chez elles, après deux ou trois jours de post-partum, juste avant la montée de lait et au moment du baby blues, et ce n'est pas forcément le meilleur moment pour favoriser l'attachement.

Les sages-femmes de niveau I, comme les autres professionnels, craignent surtout la diminution de leur compétence professionnelle : à force de ne voir que des cas normaux, elles ne sauront plus réagir en cas de problème pathologique ou d'urgence. Le niveau II, perçu comme un niveau « bâtard » aux contours mal définis, créateur d'astreintes et de gardes supplémentaires sur place, pose la question des degrés de la pathologie alors même que la plupart des femmes, mais aussi des professionnels, raisonnent en termes binaires : normal/pathologique. Celles qui exercent en niveau III évoquent plus une certaine désresponsabilisation du fait d'être soumises aux avis des pédiatres-experts de façon accrue : « On est plus sécurisée mais on y perd 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 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 » résume l'une d'entre elles. Elles apparaissent plus sensibles que les autres professionnels au côté « humanitaire » de leur activité. Leur idéal professionnel est remis en cause : toutes disent d'une façon ou d'une autre « on n'a pas fait sage-femme pour ça » et quelques-unes sont prêtes à changer de genre ou de lieu de pratique pour maintenir cet idéal.

¹⁰ In « Bébé à deux jours et hop à la maison », *Libération*, mercredi 22 juin 2005.

Les gynécologues-obstétriciens et la crainte d'une nouvelle hiérarchisation médicale

Outre la déqualification possible, les gynécologues-obstétriciens évoquent le désintérêt probable, psychologique et économique, de ceux qui interviendront seulement en niveau I, et les effets d'une certaine automatisation des tâches : « *un pion qui applique des protocoles en dehors de toute discrimination clinique* » ; « *un prestataire de service pour un confrère* ». Ils indiquent bien les enjeux psychologiques des mutations : ceux de niveau I se demandent si leurs confrères de niveau III prendront suffisamment au sérieux leurs indications, tandis que ceux des niveaux II et III se demandent si les premiers ne vont pas leur envoyer uniquement les cas les plus risqués et garder les autres. D'autres (niveau II) s'inquiètent devant d'éventuels refus de mutation de la part du service receveur, notamment en cas de surcharge.

Tous craignent que la catégorisation en niveau ne soit confondue par le public avec une hiérarchisation de valeur médicale et marchande, un peu « *comme les étoiles des restaurants* ». De plus, cette hiérarchisation médicale a toutes chances de renforcer la hiérarchie sociale des femmes : celles qui ont les moyens feront pression pour aller dans le meilleur service. D'autres mères, une fois le risque passé, auront des difficultés à retourner dans un niveau plus bas parce que vécu comme un lieu de sécurité moindre et jugé « *inférieur* » médicalement parlant. C'est un risque supplémentaire d'encombrement des niveaux II ou III.

La question de confiance entre praticiens est majeure et s'accompagne d'une série de questions éthiques qui ressortent de nos entretiens avec eux : « *est-ce que tous les confrères joueront le jeu du réseau dans les deux sens ? N'y aura-t-il pas de discrimination sociale pour la répartition des femmes à bas risques, des éventuels passe-droits pour les autres ? Comment tenir compte des critères autres que médicaux, tels que la proximité du domicile, la présence d'autres enfants au foyer, la situation familiale ou conjugale particulière de chaque femme ? On casse des gosses uniquement sur des suspicions sans aucune certitude, et puis on ne sait pas où est la limite, et est-ce au médecin de décider où est la limite ou est-ce à la société ?* »

Les gynécologues-obstétriciens de niveau III, en bout de la chaîne des transferts, craignent par-dessus tout la surcharge par manque de discernement des autres niveaux et l'augmentation des actes techniques (échographie, césarienne, imagerie) pour diminuer la prise de risque médical. Ils sont conscients du risque d'hyperspécialisation entraîné par l'accroissement de la pression sociale, des exigences de la clientèle et du poids des médias, pour garantir l'extrême compétence : pour un bébé parfait et un accouchement au risque zéro.

Le stress et la fatigue de ces médecins augmentent d'autant plus qu'ils se font rares et que la surcharge de travail se combine avec le poids grandissant du risque médical.

Certains en arrivent à se méfier de leurs propres patientes. Les relations entre les gynécologues-obstétriciens et les pédiatres sont complexes. Le

gynécologue pense d'abord au risque pour sa patiente, le pédiatre au risque pour l'enfant. Certains gynécologues-obstétriciens regrettent que les critères de mutation soient surtout pédiatriques alors que le décret reste plus flou sur les critères obstétricaux, notamment en matière de pronostic d'accouchement prématuré. Certes, la concertation est pratiquée entre professionnels, mais dans tous les cas, les gynécologues-obstétriciens sont responsables tant que le bébé n'est pas encore né. La particularité du prénatal, c'est qu'il y a deux patients en un !

Le poids nouveau des pédiatres et la prise de risque éthicolégale

Ce poids de responsabilité des gynécologues-obstétriciens n'empêche pas les pédiatres de niveau II d'être sensibles à la nouvelle responsabilité dont ils se sentent investis par ce décret qui pour eux est un bien car il répond à un impératif de santé publique et d'organisation des soins. Ils regrettent cependant que la décision de mutation appartienne trop souvent aux gynécologues-obstétriciens ou aux anesthésistes-réanimateurs et se fassent sur des critères pédiatriques in utero alors que ce sont eux qui ont la charge de s'occuper de l'enfant. Le bébé étant l'affaire du pédiatre, elle suppose une relation de confiance avec le gynécologue-obstétricien, la circulation d'une information honnête et complète et que chacun assume sa décision au lieu de « *la refiler à l'autre* ». C'est à ce niveau que les problèmes avec les gynécologues-obstétriciens sont abordés dans toute leur acuité.

Les gynécologues-obstétriciens se montrent beaucoup plus réticents aux mutations que les pédiatres parce qu'ils préfèrent pratiquer l'accouchement dans leur service et transférer en postnatal, notamment pour des raisons financières. Mais une mutation postnatale augmente les risques de morbidité néonatale, d'où l'émergence de conflit potentiel entre médecins. Il est vrai que l'organisation du réseau augmente le poids des pédiatres intervenant en périnatalité, du moins pour ceux qui font de la néonatalogie, car tous, surtout les plus anciens, n'ont pas une formation spécialisée en réanimation néonatale pour travailler dans les niveaux II ou III. Pour les néonatalogues de niveau III, se profilent deux catégories de pédiatres, les néonatalogues hospitaliers et les autres pour qui le problème d'une mise à jour de la compétence se pose. Ceux qui n'interviennent qu'en niveau I partagent avec les autres professionnels du même niveau le vécu de déqualification et le risque de perte d'identité professionnelle. Les niveaux III sont perçus au contraire comme surmédicalisés et hyper technicisés, d'autant plus que les autres niveaux réclament la restitution des patientes sur eux dès que le problème pathologique est réglé. Or ce point peut constituer une certaine souffrance psychique, une certaine frustration évoquée explicitement par plusieurs de nos interviewés, pédiatres et sages-femmes de niveau II ou III : obligés de remuer les enfants dès que sortis d'affaire, ils n'auront plus « *la gratification* » de les voir grandir et repartir chez eux avec leurs parents, et surtout, la patiente risque bien d'être saucissonnée en tranches médicales à chaque niveau.

Les pédiatres de niveau I n'hésitent pas à aborder les conséquences financières de la mise en place du décret. La

nouvelle organisation du réseau va poser des problèmes de gestion de leur activité libérale : étant rémunérés à l'acte, ils vont perdre de l'argent en faisant des gardes obligatoires et la baisse du nombre des accouchements au profit des niveaux II entraînera un désintérêt financier pour travailler dans les centres de naissance. La plupart, travaillant en cabinet, répugneront à assurer des gardes mal payées ou de l'assistance sur le plateau technique sans rien faire (pendant ce temps, ils ne perçoivent pas d'actes). Le désintérêt est aussi intellectuel pour des médecins confrontés à la banalité du quotidien et qui ne pourront plus satisfaire leur pulsion de savoir par la résolution de cas à problème.

Les pédiatres du niveau II se retrouvent en porte-à-faux car nombre d'entre eux pratiquent à ce niveau sans avoir été consultés préalablement en tant que spécialité. Ils abordent le problème des places en mutation pour ne pas séparer la mère et l'enfant : comment garder de la place pour les deux, notamment dans les allers-retours entre niveau III et niveau II. Le critère d'appartenance géographique des patientes leur semble constituer un facteur essentiel pour gérer les flux entre les trois niveaux, notamment pour éviter les passe-droits. Ils soulignent à cet égard l'importance de l'information à faire auprès des femmes sur le fonctionnement du réseau, pour qu'elles comprennent mieux les justifications des choix médicaux tout en pouvant exprimer leur souhait. Il y a donc des chances pour que, dans un tel contexte, la résignation fasse office de consentement libre et éclairé.

Les pédiatres des niveaux II et III abordent plus explicitement les questions éthiques de la limite de viabilité de l'enfant, du seuil d'âge gestationnel à partir duquel on réanime un bébé, des risques de handicap en cas de réanimation précoce, voire d'acharnement thérapeutique.

Pour eux, il est clair qu'on réanime de plus en plus précocement des prématurés de plus en plus petits avec les FIV, ce qui augmente les grosses pathologies (comme les cardiopathies), mais d'un autre côté, on donne de plus en plus d'indications d'avortements thérapeutiques. Depuis notre enquête, les débats autour de « l'arrêt Perruche » ont rajouté une question éthique essentielle sur la responsabilité de la naissance.

L'amélioration des performances de la santé publique visée par le décret, risque de se faire au détriment de la santé individuelle, la mise en place du réseau pour les 1% de grossesses pathologiques générant des difficultés pour les 90% qui relèvent du niveau I. Aussi, la grande majorité des pédiatres se pose la question du rapport bénéfice/risque/coût, dans une conflictualité entre l'intérêt de la mère et l'intérêt de l'enfant. L'avantage et l'inconvénient du décret, en termes de lits, sont de lier la place pour la mère et la place pour l'enfant, mais que se passera-t-il quand une mère refusera une place qui lui est destinée parce qu'il n'y aura pas de place en pédiatrie pour son enfant ? Bloquer une place pour une grossesse à risque entraîne logiquement la réservation d'une place en néonatalogie pour le bébé potentiellement à risque, mais en attendant sa naissance, son lit peut-il ou non être occupé par un autre déjà né qui en aura besoin ? Il n'y a pas de règles précises dans

la gestion des lits en post-partum, chaque praticien est renvoyé à son sens clinique et à sa responsabilité éthique, dans la gestion personnelle et collective du stress particulier dans la réanimation néonatale.

Les anesthésistes-réanimateurs : des scientifiques prestataires de service avec d'importantes astreintes

Ce sont les seuls qui ne craignent pas de perdre leur qualification, sans doute parce que, en général, ils n'exercent pas exclusivement en périnatalité et peuvent donc exercer la totalité de leurs compétences ailleurs, mais cette possibilité suppose que les maternités de niveau I soient incluses dans un ensemble hospitalier plus large sous peine de disparaître. Or le décret impose leur présence dans la maternité, des gardes sur place, éventuellement « pour rien », « alors qu'il y a tant à faire dans d'autres services pendant ce temps ». Vu la faiblesse des effectifs, chaque anesthésiste-réanimateur doit réorganiser son activité entre périnatalité et autre spécialité, mais dans quelle proportion et sur quels critères ? Les gardes sur place imposées par le décret risquent de faire fuir les anesthésistes-réanimateurs vers les autres spécialités, à moins de fortes compensations financières. Pour le privé qui dispose de moins d'effectifs, la charge sera plus lourde, et, à terme, la mise en place du décret favorisera le public par asphyxie financière du privé. En effet, tous les professionnels du privé s'alarment : « tous ceux qui travailleront en maternité ne pourront plus faire autre chose que de la maternité sauf dans l'hôpital public où ils pourront participer aux tours de garde du service général d'anesthésie-réanimation ». Les anciens craignent donc la perte d'attractivité pour le métier pour les plus jeunes, rebutés par l'alourdissement des charges administratives et l'accentuation des contraintes professionnelles. « C'est de la folie en termes d'astreinte » résume un anesthésiste (niveau I). Aurons-nous une médecine à deux vitesses ?

Par ailleurs, la plupart des anesthésistes-réanimateurs ne sont pas formés en réanimation néonatale alors même qu'ils risquent d'assumer cette charge puisqu'ils peuvent être seuls sur place avec l'obstétricien. Beaucoup craignent d'être confrontés à la situation de devoir intervenir en lieu et place des pédiatres néonataux qui ne sont astreints qu'avec un délai d'intervention de 20 minutes et d'avoir à en assumer les conséquences médico-légales. Et que faire face à l'éventualité d'une réanimation trop tardive d'un nouveau-né ?

Malgré tout, ils constatent un côté protecteur du décret sur le plan médico-légal, « si on fait ce qui est prescrit, on ne risque rien ». Cette assurance s'explique sans doute par le fait qu'ils se vivent plutôt comme des scientifiques, ayant un rapport plus ponctuel et plus objectif avec les patientes, contrairement aux gynécologues-obstétriciens qui entretiennent une relation plus suivie, plus personnelle et beaucoup plus empreinte d'éléments subjectifs, d'où des désaccords fréquents non pas tant sur les critères de mutation que sur son moment. Il est vrai aussi qu'ils sont rarement prescripteurs. Ils critiquent volontiers l'augmentation des péridurales qui leur prend une grande partie de leur activité au détriment d'autres actes et qui, pour certains d'entre eux, est le signe d'une mauvaise

préparation à l'accouchement. Les praticiens de niveau III nous ont souvent exprimé leur mécontentement d'être des « prestataires de service des gynécologues-obstétriciens, n'ayant pas grand-chose à dire ».

Conclusion

Entre vigilance éthique et exigence technique, trois principaux obstacles à dépasser pour les praticiens de la périnatalité.

Avec le décret de 1998, les politiques pensaient avoir posé les bases organisationnelles d'un réseau permettant de réduire la mortalité infantile et maternelle, mais sans prendre en compte la pénurie puisqu'ils imposent la « quantité » de personnel. Malgré la tenue des états généraux de la naissance et le souci des praticiens d'anticiper les évolutions à venir, les obstacles, plusieurs années après, restent nombreux pour l'application du décret. Ils sont de trois ordres : le premier obstacle est certainement l'absence de moyens humains soulevée de façon récurrente par la plupart des professionnels de notre enquête. Elle perdure, augmentant le stress et l'épuisement professionnel des médecins et des sages-femmes, obligés de gérer l'engorgement des quelques 700 maternités françaises en bricolant des solutions peu satisfaisantes : sorties précoces au bout de deux ou trois jours de la maternité pour libérer des places, suppression pure et simple des cours de préparation à l'accouchement, annulation d'échographies, report de certaines consultations médicales, suivis par les gynécologues médicaux en ville jusqu'au huitième mois, etc. Cinq ans après la parution du décret, le Pr Bernard Blanc, président du CNGOF, constatait : « En 2003, aucune maternité ne répond aux normes fixées par le décret. Aucun moyen n'a été accordé pour parvenir à leur mise en application ».¹¹ Comment dans ces conditions, concilier sécurité technique et respect de la dimension humaine de la naissance d'un enfant accueilli par ses parents et par la communauté toute entière ? La pénurie oblige encore plus à des choix éthiques draconiens à porter sur la place publique car les critères de choix ne sauraient concerner que les seuls professionnels : ils ne sont pas seulement médicaux, mais aussi sociaux, économiques, psychologiques, et éventuellement religieux ou moraux. Le rapport de la fin et des moyens ainsi que la responsabilité qui en découle constituent toujours des questions éthiques majeures.

Le deuxième obstacle est d'ordre psychologique. Les professionnels de la périnatalité sont des sujets de l'inconscient comme les autres, avec leur psychologie propre et leurs problèmes relationnels, y compris dans le monde du travail. Les enjeux narcissiques, le mode de gestion de l'angoisse et du stress, les questions de confiance entre confrères, sont abordés par tous plus ou moins explicitement. L'évaluation de la mise en place du réseau qui permettrait d'effectuer un premier bilan suppose une transmission honnête et vérifiable des données médicales, ce qui n'est pas garanti

d'avance comme le suggère ce pédiatre de niveau III : « Ce n'est que dans la totale transparence que l'on peut améliorer le fonctionnement de la périnatalité au niveau régional et au niveau national. On a rien à cacher [...] oui, il y a des obstacles parce qu'il y a toujours des endroits où les gens ne veulent pas aller » à cause de leur mauvaise réputation ou pour des raisons plus personnelles. Comment comparer les pratiques des établissements en fonction de la spécificité de leur implantation géographique avec les caractéristiques socioprofessionnelles des femmes, en fonction aussi des objectifs de chaque maternité et des moyens dont elle dispose, en fonction des besoins de la population, de la pression médiatique ? Qu'en sera-t-il de la liberté de choix et de consentement des femmes ?

Le troisième obstacle concerne la gestion des flux et ses conséquences économiques et sociales. Les professionnels craignent que les niveaux III ne puissent plus accueillir autant qu'avant les grossesses normales et se déchargent des accouchements sur les niveaux I qui sont essentiellement des cliniques privées : comment se fera la prise en charge du surcoût de ce transfert du public au privé ? Dans l'autre sens, muter une patiente du privé au public pose aussi un problème financier, au médecin et à la clinique. Si ce médecin suit sa patiente sur le niveau où il l'a envoyé, ce suivi pose le problème de sa rémunération. Si la liberté du travail prévaut, il est probable que les accoucheurs choisissent de préférence un plateau technique de niveau II qui drainera plus de clientèle, ce qui entraînera un accroissement du travail des sages-femmes en niveau I. Les politiques ont tout intérêt à proposer des modes de régulation et de compensation pour éviter les dérives, notamment en privilégiant le transfert des femmes à bas risque vers les maternités de niveaux I.

Notre enquête fait donc bien apparaître les paradoxes et les préoccupations éthiques des professionnels de la périnatalité : la question du rapport à la vie, à la mort, à la normalité et celle de la limite des interventions techniques, le risque de transformation de la femme parturiente en objet d'expérimentation et de réalisation d'un idéal technique de maîtrise sur la vie au détriment de l'accueil humain, la subordination toujours possible de l'éthique à l'économique.

« Je suis très sévère avec les hommes politiques ; on fait croire à la population qu'on va régler les problèmes, mais ce n'est pas vrai », conclut un pédiatre néonatalogue. La parole de ces soignants interpelle les autres professionnels concernés, psychiatres et psychologues notamment, sur les effets de l'évolution des pratiques en périnatalité : effets immédiats sur les relations primaires mère-enfant ou sur la dépression du post-partum, effets à plus long terme sur le développement de l'enfant. Ils nous invitent aussi à une réflexion éthique collective sur les choix de santé publique et la conception que nous avons de la naissance d'un enfant et de l'accompagnement à la parentalité.

¹¹ Propos rapportés dans l'enquête « Crise dans les maternités. Non, les femmes ne sont pas en danger ! » du magazine *Parents*, n° 409, mars 2003.

Références

- [1] David S, Durif-Bruckert C, Durif-Varembont JP, et al. Perinatal care regionalization and acceptability by professionals in France. *Rev Epidemiol Sante publique* 2005;53: 361–72.
- [2] Durif-Bruckert C. Un aspect de la crise du système de santé et des soins : l'oubli des savoirs ordinaires. In: Claveranne JP, editor. *La santé demain, vers un système de soins sans murs*. Lyon: Economica; 1999. p. 105–20.
- [3] Mamelle N, Segueilla M, Munoz F, et al. Prevention of preterm birth in patients with symptoms of preterm labor—the benefits of psychologic support. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177: 947–52.
- [4] Mamelle N. Psychosocial evaluation: can prematurity in a primipara be prevented. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1989;84:593–9 [discussion 600–602].
- [5] Delaisi de Parceval G. Les fées d'aujourd'hui. *Nouv Rev Psychanalyse* 1979;19:193–210.
- [6] Papiernik E. Les différentes modalités d'organisation des soins périnataux en fonction du contexte de la démographie et des contraintes budgétaires. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1998;27:76–84.
- [7] David S, Mamelle N, Rivière O. Qui accouche où? Qui naît où? Analyse à partir de réseau Sentinelle AUDIPOG en 1997–1998. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2000;29:772–83.
- [8] Mamelle N, Vendittelli F, Riviere O, et al. Santé périnatale en 2002–2003. Étude des pratiques médicales. Résultats du réseau Sentinelle Audipog. *Gynecol Obstet Fertil* 2004;32:4–22.
- [9] Mamelle N. La politique de régionalisation en 1999. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2001;30:74–6.
- [10] Durif-Bruckert C, David S, Durif-Varembont JP, et al. Perceptions du décret périnatalité d'octobre 1998. Évaluation de son applicabilité auprès des professionnels de santé. Résultat de l'analyse de contenu des 49 entretiens des professionnels de santé du département du Rhône dans une perspective d'analyse psycho-sociale/mars à mai 2001. Inserm U369 et CNRS UMR 5612, GERA (université Lyon 2), 2002. Rapport disponible sur <http://audipog.inserm.fr>.
- [11] Gori R, Del Volgo MJ. La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence. In: coll. « L'espace analytique ». Paris: Denoël; 2005.
- [12] Fassin D. L'espace politique de la santé. Essai de généalogie. Paris: PUF; 1996.
- [13] Durif-Bruckert C, David S, Durif-Varembont JP, Scharnitzky P, Mamelle N. Évaluation qualitative de l'application du décret périnatalité. Un renforcement des mécanismes de la surmédicalisation. *Santé Publique* 2007;19:229–39.
- [14] Vacquin M. *Main basse sur les vivants*. Paris: Fayard; 1999.
- [15] Durif-Varembont JP. Paroles de femmes en maternité. *École Parents Éducateurs* 1988;4:21–8.