



**HAL**  
open science

## Soins périnataux : avantages et inconvénients du fonctionnement en réseau

Madeleine Akrich

► **To cite this version:**

Madeleine Akrich. Soins périnataux : avantages et inconvénients du fonctionnement en réseau. Journal de Gynécologie Obstétrique, 1998, 2 (27), pp.197- 204. halshs-00082053

**HAL Id: halshs-00082053**

**<https://shs.hal.science/halshs-00082053>**

Submitted on 26 Jun 2006

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, vol.27, supplément n°2, décembre 1998, pp.197-204.

## CONFERENCE DE CONSENSUS

### LA PRISE EN CHARGE DE LA FEMME ENCEINTE ET DU NOUVEAU-NÉ

#### COMMENT ASSURER À CHACUN DES SOINS ADAPTÉS A SON NIVEAU DE RISQUE ?

##### III. *Avantages et inconvénients du fonctionnement en "réseau"*

Contribution de Madame Madeleine Akrich,  
Centre de Sociologie de l'Innovation, Ecole des Mines de Paris

## **Le réseau, une occasion de redéfinir la grossesse et l'accouchement "normaux" ?**

La question posée : "comment assurer à chacun des soins adaptés à son niveau de risque?" est remarquable : elle signale à la fois ce qui nous paraît faire l'objet d'un consensus national assez fort, c'est-à-dire l'idée du "risque" comme principe organisateur de l'offre de soins, et désigne le champ des débats possibles autour des moyens permettant d'atteindre l'objectif visé. Elle constitue en tous cas le point d'arrivée provisoire de controverses qui, depuis de nombreuses années, agitent tant le milieu médical que ceux qui ont en charge l'administration de la santé : de ce point de vue, elle traduit une évolution sensible des débats, avec l'apparition de l'idée d'une hiérarchisation possible des risques à laquelle pourrait répondre une hiérarchisation des établissements, eux-mêmes coordonnés à l'intérieur d'un "réseau".

Mais qu'entend-on par "réseau" ? Car avant d'en évaluer les avantages et les inconvénients, il faut peut-être en spécifier le contenu... A minima, on peut considérer qu'il s'agit d'un ensemble coordonné d'acteurs ou d'institutions, coordonné en vue d'atteindre certains objectifs, comme par exemple "l'amélioration de la prise en charge de la femme enceinte et du nouveau-né". Ceci étant, une fois posée cette définition, nous ne sommes pas très avancés, car nous manque encore le contenu qui permet de donner un sens au réseau, c'est-à-dire, la définition des acteurs et la définition des formes de coordination qui existent entre eux, sans parler de la question souvent épineuse des objectifs eux-

mêmes : dès lors que l'on quitte les formulations très générales comme celle que nous venons de citer, des discussions sont susceptibles d'apparaître, entre les différents acteurs que le réseau se propose d'associer, sur les buts poursuivis au travers de leur association.

Il semble bien qu'aujourd'hui en France, l'ambiguïté ou l'indétermination règnent toujours sur ces questions : l'on parle beaucoup de réseaux dans le domaine de la santé mais chacun peut encore mettre derrière ce terme un peu ce qui lui plaît. Dans cette contribution, nous voudrions présenter deux modèles contrastés de coordination afin de montrer à quel point le contenu du réseau est lié à - et en même temps performe - une certaine définition de l'obstétrique, de la naissance, des risques, des compétences des différents professionnels, de la relation entre les femmes ou couples et les professionnels de la médecine. Autrement dit, la question n'est plus aujourd'hui de savoir s'il faut ou pas "du" réseau, mais plutôt de se déterminer en faveur d'une forme particulière de réseau en en ayant appréhendé les implications.

Dans un premier temps, nous reviendrons sur les controverses qui ont fait rage ces dernières années en France, pour montrer dans quel contexte la notion de réseau a fait son apparition : il s'agira ici de mettre en évidence les hypothèses sur lesquelles reposent les préconisations qui ont été faites en la matière par le Haut Comité à la Santé Publique, et d'essayer de cartographier l'espace obstétrical qu'elles dessinent.<sup>1</sup> Dans une deuxième partie, nous prendrons l'organisation néerlandaise comme point de comparaison : bien que le mot de "réseau" ne soit pas explicitement utilisé pour qualifier cette organisation, elle repose cependant sur des modalités de coordination originales qui forment un contraste saisissant avec les pratiques françaises.

## **L'émergence du réseau en France, du tout-risque aux niveaux de risque**

Malgré une prise en charge systématique des accouchements en milieu hospitalier, malgré le développement et l'utilisation de techniques toujours plus sophistiquées, malgré le niveau élevé des dépenses de santé, les performances périnatales françaises apparaissent depuis un certain nombre d'années comme médiocres comparées à celles des autres pays européens. Ce constat a fini par émouvoir les politiques qui ont demandé au début des années 90 au Haut

---

<sup>1</sup> Notons que plusieurs expériences qualifiées de "mise en réseau" sont en cours ; les réseaux qu'elles produisent peuvent avoir une physionomie assez différente de ce qui était proposé par le Haut Comité. Il ne s'agit pas ici d'écraser cette diversité, mais, s'agissant de dégager des éléments de réflexion pour l'élaboration de recommandations à portée générale, de nous concentrer plutôt sur ce qui forme à un moment donné la trame de la politique de santé.

Comité à la Santé Publique de préparer un rapport sur les conditions qui permettent d'assurer la sécurité de la naissance.

Pour rédiger leur rapport, publié en janvier 1993, le Haut Comité s'appuie sur une série d'enquêtes épidémiologiques, la plupart menées par l'INSERM, pour essayer d'en expliquer les raisons. Toutes ces enquêtes relèvent l'existence de défauts dans l'organisation des soins et la prise en charge des cas difficiles : ainsi, d'après un comité d'experts qui a analysé une quarantaine de cas de décès maternels, le décès de la mère était évitable dans près de deux cas sur trois<sup>2</sup>. Les experts mettent en cause un retard au diagnostic, ou un retard à la réalisation du traitement approprié : ces retards seraient eux-mêmes liés à deux facteurs principaux, la rareté des cas gravissimes qui se traduit par une faible expérience des praticiens en la matière, et le fait que dans un certain nombre de maternités, faute d'un système de garde qui assurerait la présence en permanence d'un obstétricien, le diagnostic repose sur les seules épaules de la sage-femme qui, du point de vue des experts, n'a pas été formée pour traiter ces cas pathologiques mais seulement les grossesses et accouchements normaux.

Ce résultat est mis en parallèle, par le Haut Comité à la Santé Publique, avec la description des ressources en personnel médical dans les maternités. Ce tableau montre que, par rapport à une norme établie en 1984 à l'initiative du Collège national des gynécologues et obstétriciens français, la plupart des maternités disposent de ressources insuffisantes en personnel, et ceci tout particulièrement dans les petites maternités : notons que *la sécurité apparaît donc comme une propriété des lieux, ceux-ci caractérisés par l'accumulation des moyens techniques et humains* qui s'y trouvent réunis. Il y a des établissements, en général de grande taille, richement dotés dans lesquels les parturientes sont en sécurité quelle que soit la gravité de leur pathologie, et d'autres établissements, plutôt petits, dans lesquels même une femme qui n'a montré jusque là aucun signe pathologique se trouve en état d'insécurité.

Poursuivant leur investigation, les auteurs du rapport notent que l'insuffisance constatée n'est pas une insuffisance absolue mais est liée à la dispersion des effectifs dans de petites structures éparpillées sur tout le territoire. Autrement dit, à condition de concentrer les naissances dans des établissements de plus grande taille, les économies d'échelle permettent d'assurer dans chaque maternité un nombre suffisant de gynécologues-obstétriciens, d'anesthésistes et de pédiatres néonatalogues, tous spécialistes dont la disponibilité en continu est, selon les auteurs, nécessaire pour assurer la sécurité de la naissance.

À partir de là, toutes les autres considérations ne vont venir que renforcer ce point de vue : ainsi, l'entraînement aux cas difficiles est plus important dans

---

<sup>2</sup> (Bouvier-Colle, et al., 1994)

les grandes structures car celles-ci ont statistiquement plus de chances d'avoir à en traiter que les petites structures. Par un simple effet de taille, se trouve de la sorte postulée une répartition inégale des compétences requises en situation d'urgence : les praticiens des grands établissements sont supposés être capables de poser plus vite le bon diagnostic et d'effectuer les gestes adéquats. Cette disponibilité de personnel compétent va de pair avec des moyens techniques importants : bloc chirurgical à proximité, service de réanimation pour la mère et pour l'enfant, banque de sang, moyens qu'il n'est pas raisonnable d'envisager pour de petites maternités.

De façon prévisible, le rapport conclut à la nécessité de restructurer le service français des maternités et, entre autres, de fermer les établissements réalisant moins de 300 accouchements par an, établissements qui représentent, en nombre, le sixième des maternités françaises.<sup>3</sup> Cette fermeture, placée dans la continuité des politiques passées auxquelles est associée une élévation des performances périnatales<sup>4</sup>, doit déboucher sur une réallocation plus satisfaisante des moyens techniques et humains, c'est-à-dire globalement sur une élévation du niveau de technicité dans les maternités.

Au travers de cette analyse, nous voyons se profiler une première définition de l'accouchement et des facteurs propres à assurer sa sécurité : "L'obstétrique est une activité d'urgence, les accouchements ne sont pas programmés et les complications obstétricales encore moins" annonce le rapport. Tout accouchement comporte des risques, et est susceptible de déboucher sur la pathologie : il n'y a aucun moyen de savoir à l'avance s'il se déroulera normalement ou non. D'où la nécessité de s'entourer de tous les moyens techniques et humain disponibles aujourd'hui :

"un accouchement ne peut être considéré comme normal que deux heures après la naissance et certaines complications (certes rares mais graves) peuvent survenir sans que rien ne permette de les prévoir. Cette considération justifie que la naissance ait lieu dans un endroit où l'on dispose 24 heures sur 24 d'un bloc opératoire (de préférence au même étage que la salle de naissance). De la même manière, il faut que les accouchements se passent à un endroit où l'on trouve en permanence une sage-femme, un obstétricien, un anesthésiste et un pédiatre."<sup>5</sup>

La réforme proposée se définit donc comme répondant à deux logiques, une logique médicale qui s'appuie sur une conception de l'accouchement

---

<sup>3</sup> (Groupe d'Animation et d'Impulsion National, 1993), on notera par ailleurs que 31% de maternités font moins de 450 accouchements par an (ce qui représente 11% des naissances), alors que 12% des maternités font plus de 1500 accouchements et représentent 31% des naissances.

<sup>4</sup> Le rapport cite le décret Dienesh de 1972, qui avait conduit de 51,7% des maternités.

<sup>5</sup> (Nisand, 1994)

comme situation d'urgence à risques, et une logique économique, un peu implicite dans le rapport, qui commande d'allouer le mieux possible les ressources existantes.

Ce rapport a provoqué une vive réaction de la part des personnels des petits établissements visés par la restructuration proposée qui se sont appuyés sur diverses associations pour organiser une riposte<sup>6</sup>. Aux principaux arguments mis en avant par le rapport officiel, les opposants répondent point à point en démontant les raisonnements de leurs adversaires et en avançant d'autres arguments. Ils critiquent la méthodologie des enquêtes INSERM et en contestent les résultats, opposent le professionnalisme d'un chef de service dans une petite structure à l'inexpérience de l'interne dans le CHU, insistent sur les risques induits par l'hypermédicalisation qui règne dans les grands centres, mettent en garde contre les risques liés à l'éloignement, contestent la rationalité économique de la restructuration proposée... Nous ne rentrerons pas ici dans le détail de leur argumentaire, disons simplement que les désaccords sont profonds sur la liste des conditions nécessaires à la sécurité de la naissance : à l'abondance quantitative des moyens techniques et humains préconisés par le rapport, les opposants répondent par des facteurs qualitatifs tels le professionnalisme, l'expérience, la proximité.

Cependant, la liste des désaccords entre les différents acteurs impliqués ne doit pas nous aveugler sur l'étendue de leur accord implicite. Un certain nombre de points ne sont jamais contestés, parmi lesquels l'idée de *l'accouchement comme situation à risques qui nécessite dans tous les cas de figures un environnement très médicalisé* ; l'épouvantail de l'accouchement à domicile est agité par les opposants à la restructuration : "si vous allez au bout de vos projets, vous allez encourager l'accouchement à domicile de femmes qui ne veulent pas aller à 80km de chez elles pour mettre au monde leur enfant" tel est en substance le message.

Face à la polémique déclenchée par ce rapport, le ministre de l'époque, Bernard Kouchner, en demande un second ; dans sa lettre de commande, il situe les travaux du comité dans une "perspective globale" qui considère ensemble la grossesse et l'accouchement, qui prenne en compte l'ensemble des acteurs concernés, et intègre "les dimensions psychoaffective, économique et culturelle". Il demande explicitement à ce que le travail débouche sur des scénarios alternatifs "incluant une hiérarchisation des maternités et leur

---

<sup>6</sup> Ils bénéficieront même du soutien de l'Académie de Médecine qui, à l'initiative du Pr Sureau, produit un rapport insistant sur l'impossibilité de mettre en relation sécurité des naissances et taille des établissements.

organisation en réseau." C'est autour de cette notion de réseau que le rapport final du comité va réouvrir l'éventail des choix possibles.

À première vue cependant, ce nouveau texte n'est pas fondamentalement différent du précédent. L'accouchement y apparaît encore comme un processus hautement risqué : ce risque justifie, aux yeux des auteurs, la présence sur place de praticiens spécialisés, nécessité qui condamne à courte échéance les petites structures lesquelles ne peuvent se payer ce luxe de précautions.

Mais, à l'inverse, les auteurs considèrent impossible de concentrer toutes les naissances dans de grands établissements effectuant plus de 1500 accouchements par an : trop de facteurs historiques, géographiques, humains, organisationnels militent contre cette solution. D'où l'idée, déjà exprimée dans la lettre de commande du ministre, de hiérarchiser les établissements en fonction du niveau des soins spécialisés : ainsi, on distingue les maternités de type I, capables de prendre en charge les grossesses sans facteur de risque périnatal, les maternités de type II, qui, disposant d'un service de pédiatrie néonatale, peuvent suivre "les grossesses susceptibles de donner naissance à des nouveaux-nés nécessitant des soins de niveau III"<sup>7</sup>, et les maternités de type III qui comprennent une unité de soins intensifs ou de réanimation néonatale et peuvent donc à ce titre s'occuper des grossesses à haut risque.

De fait, cette hiérarchisation repose sur l'idée qu'il est possible a priori de qualifier le niveau de risque pédiatrique associé à telle ou telle grossesse. Toute la question est alors de savoir comment organiser la détection du risque et coordonner les différents établissements qui deviennent complémentaires les uns des autres. Le concept de réseau est présenté comme une réponse à ce problème : il s'agira d'établir des conventions à l'échelle régionale entre les établissements de type I et de type II, conventions dont l'objectif est la mise au point de protocoles partagés par les deux institutions. Ces protocoles visent aussi bien les facteurs médicaux — conduite à tenir en face telle ou telle pathologie — les facteurs psycho-sociaux, les situations d'urgence, les problèmes d'organisation comme ceux liés aux transferts de la mère ou de l'enfant. L'insistance mise sur les relations entre les maternités de niveau intermédiaire et les maternités de proximité, voire sur les praticiens de ville, montre bien que le terme de hiérarchisation n'est pas un vain mot : les grandes structures ne disposent pas simplement de moyens techniques et humains plus conséquents, mais elles sont supposées détenir un stock de connaissances et une capacité d'expertise plus larges que les petits établissements, ce qui justifie le rôle de la maternité dite "de référence" qui apporte "conseil technique, soutien et appui technique, formation et mise à niveau des connaissances"<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> (Haut Comité de la Santé Publique, 1994), p.123.

<sup>8</sup> (Haut Comité de la Santé Publique, 1994), p.123-124.

Il s'agit donc bien d'une inflexion dans les positions exprimées par le comité (dont la composition a changé entre les deux rapports) et non d'une volte-face : un compromis entre les préconisations du premier rapport et les opinions des opposants à la restructuration est tenté au travers de la notion de réseau qui permet de sauver certaines petites structures (qui font cependant plus de 300 accouchements par an) en les intégrant dans une organisation plus large.

En résumé, l'organisation en réseau telle que préconisée dans le rapport du Haut Comité repose sur les hypothèses suivantes :

- tout accouchement présente des risques en partie imprévisibles ; en conséquence, il doit se dérouler sous une étroite surveillance médicale dans des lieux pourvus tant en matériel qu'en spécialistes disponibles en permanence ;

- le risque pédiatrique peut être dépisté et cela justifie une hiérarchisation des établissements en fonction de leur capacité à gérer différents niveaux de risque ;

- la capacité à gérer les cas difficiles englobe la capacité à gérer les cas "normaux", ce qui justifie la mise en réseau hiérarchisé des établissements, visant à améliorer du "bas" vers le "haut" le transfert des patientes, et du "haut" vers le "bas" le transfert des connaissances et des protocoles.

## **La sécurité aux Pays-Bas : du risque à la physiologie**

En rupture assez nette par rapport à la "philosophie" française, les praticiens néerlandais affirment avec force le caractère physiologique de l'accouchement : de leur point de vue, pour une proportion importante de la population, la grossesse et l'accouchement ne supposent pas d'intervention médicale particulière. Toute l'organisation néerlandaise est donc basée sur ce postulat qu'il est possible de séparer sans ambiguïté les situations normales des situations pathologiques ou à risques, et que, dans ces conditions, rien ne s'oppose à ce que les accouchements normaux se déroulent dans un lieu non médicalisé, comme le domicile des futurs parents : de fait, plus de 50% des naissances se déroulent sans intervention médicale importante, les deux tiers se passant d'ailleurs au domicile des futurs parents. De façon significative, la charge de la preuve se trouve inversée par rapport au cas français : alors qu'en France, on ne peut qualifier un accouchement de normal qu'après son achèvement, on ne peut aux Pays-Bas considérer qu'une situation est pathologique qu'au vu d'arguments solides. Ces différences de conception se traduisent par des pratiques très contrastées<sup>9</sup> : ainsi, l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal, utilisé en France de façon quasi-systématique et permanente durant l'accouchement, n'est installé aux Pays-Bas qu'en cas de pathologie

---

<sup>9</sup> pour plus de détails, voir : (Akrich et Pasveer, 1996)



avérée, car les praticiens considèrent qu'une utilisation systématique conduit à classer comme pathologiques des accouchements qui ne le sont pas et, par voie de conséquence, induit des interventions injustifiées, en elles-mêmes pathogènes.<sup>10</sup> Ces pratiques débouchent de fait sur des taux de césariennes qui vont presque du simple au double.

Ici, donc, la sécurité n'est pas attachée comme en France au lieu et à la quantité de moyens qui s'y trouvent accumulés, mais réside dans le couplage approprié entre une femme particulière et un lieu : un accouchement normal sera plus sûr à la maison où le minimum de perturbations et d'interventions sont à craindre, alors qu'un accouchement pathologique ne peut se dérouler en sécurité qu'à l'hôpital. Toute la question est alors de savoir comment est gérée cette frontière entre physiologie et pathologie. L'ensemble du système néerlandais est articulé autour d'un dispositif de coordination d'une grande simplicité, la liste d'indications obstétricales (Verloskundige Indicatie List, VIL) : ce document fait l'inventaire d'un certain nombre de maladies ou de troubles divers qui peuvent faire partie du passé médical et obstétrical de la femme enceinte, ou qui sont susceptibles de se déclarer lors de la présente grossesse, lors de l'accouchement ou en post-partum.<sup>11</sup>

La VIL classe les troubles qu'elle recense en trois catégories, A, B et C. Si une femme souffre d'un trouble classé A dans la VIL<sup>12</sup>, elle sera suivie par une sage-femme de la même manière que n'importe quelle femme "normale". Elle peut choisir d'accoucher à la maison ou à l'hôpital (polyclinique) : dans un accouchement dit "de polyclinique", la femme accompagnée de sa sage-femme vient à l'hôpital juste avant la fin de l'accouchement ; elle sort dans les 24 heures après son arrivée, et elle ne doit avoir eu besoin d'aucun soin continu spécialisé

---

<sup>10</sup> La difficulté vient du fait que le rythme cardiaque et de ses anomalies ne semble pas un indicateur très sûr de l'état de l'enfant : un bon rythme est en principe associé à un enfant en bonne condition, alors qu'un "mauvais" rythme peut être associé à une détresse fœtale comme à un enfant en bonne condition. Le rythme cardiaque est surveillé aux Pays-Bas par l'intermédiaire d'un genre de stéthoscope, l'écoute est intermittente et ne fait l'objet d'aucun enregistrement.

<sup>11</sup> Sans entrer dans les détails, l'on peut dire que cette liste représente le point d'arrêt établi vers les années 60 des débats de l'époque entre tenants de l'accouchement physiologique et partisans de la médicalisation. Dès 1941, il avait été décidé que seuls seraient remboursés par la sécurité sociale les soins dispensés par une sage-femme, sauf en cas de pénurie de sages-femmes ou de pathologies justifiant l'intervention d'un spécialiste. Dans les années 1960, une mortalité périnatale élevée a failli remettre en cause ce système, qui n'a survécu que grâce aux efforts considérables du Professeur Kloosterman, professeur de gynécologie à l'université d'Amsterdam et directeur de l'école des sages-femmes d'Amsterdam. Cette controverse déboucha en particulier sur la VIL, comme procédure institutionnalisée et officielle de sélection des grossesses et des accouchements à risque et alternative à une hospitalisation générale de toute l'obstétrique.

<sup>12</sup> Par exemple un antécédent de forceps lors d'un précédent accouchement, une hernie discale antérieure à la grossesse, une hépatite Bs-Ag...

durant l'accouchement ou immédiatement après celui-ci. La sage-femme assume l'entière responsabilité de l'accouchement, et elle ne peut, pas plus qu'à la maison, recourir à aucun des dispositifs techniques inévitables en France (monitoring, perfusion, péridurale etc.).

Dans le cas des troubles classés B - problèmes cardiaques, anémie, troubles psychiatriques, antécédent de mort in utero ou périnatale, primipare de plus de 35 ans, multipare de plus de 40 ans etc. - la sage-femme doit consulter un obstétricien ou envoyer sa cliente à une consultation obstétricale et au vu des résultats, elle décide soit de continuer à suivre la femme, soit de la "référer" à un spécialiste pour la suite de la grossesse et l'accouchement. Dans le cas où la femme est suivie par un spécialiste, elle ne peut plus choisir son lieu d'accouchement qui est nécessairement l'hôpital.

Quant aux troubles classés C - antécédents de césarienne, diabète, terme dépassé, grossesse multiple, signes de détresse foetale, absence de progression du travail, etc.- ils impliquent que la sage-femme confie obligatoirement sa cliente à l'obstétricien.

Notons qu'à tout moment, même lors de l'accouchement, la sage-femme peut et doit réorienter la femme vers l'obstétricien si la situation l'exige ; ce qui signifie qu'il n'y a pas d'opposition comme c'est le cas en France entre l'hôpital et le domicile, mais une continuité forte. L'accouchement à domicile n'est d'ailleurs autorisé que s'il existe un hôpital à moins d'une demi-heure.

Le fonctionnement du système néerlandais se caractérise donc par une séparation très stricte entre situation normale et situation pathologique, séparation qui est inscrite dans les professions — les sages-femmes ne traitent que des cas normaux, les obstétriciens que des cas pathologiques — , et recoupée dans la répartition des moyens techniques qui diffèrent radicalement entre les deux situations. Elle se trouve de plus en partie installée dans les lieux, puisque même dans le cas où des accouchements normaux et pathologiques se déroulent en milieu hospitalier, ils sont désignés par des termes spécifiques "polyclinique" / hôpital qui marquent la coupure radicale qui les sépare. La frontière est gérée par la VIL qui qualifie les pathologies et règle l'orientation des femmes. Notons que la décision appartient à la sage-femme : dans les cas de type B, elle consulte un médecin qui, seul, a accès aux moyens techniques de diagnostic, mais en principe elle doit revoir la cliente munie de ce diagnostic et c'est elle qui choisira soit de garder la cliente soit de la confier à l'obstétricien. La hiérarchisation des professions et des savoirs est, sinon absente, du moins beaucoup plus faible qu'en France : les sages-femmes revendiquent un savoir-faire spécifique concernant le suivi des grossesses et des accouchements normaux. Elles n'ont que leurs mains, quelques petits instruments, leurs sens, leurs compétences sociales et leurs compétences techniques définies comme la capacité à n'agir qu'en cas de "réelle" nécessité, et cette relative pauvreté de moyens définit en creux l'importance des savoir-faire incorporés que les obstétriciens, confrontés majoritairement à la pathologie, ne possèdent pas.

Bien sûr, cette répartition des compétences n'est pas sans générer quelques conflits entre sages-femmes et obstétriciens : ces derniers contestent par exemple le fait que ce soit la sage-femme qui décide de l'orientation des cas-limites ; à l'inverse, les sages-femmes considèrent qu'une primipare de plus de 35 ans devrait, en l'absence de pathologies, être suivie par une sage-femme sans même avoir besoin d'en référer à un obstétricien ; de même, elles critiquent la tendance des obstétriciens à garder les femmes qui ont été enceintes grâce aux techniques de procréation assistée. Le système n'a probablement pu perdurer que grâce au soutien fort du gouvernement à l'égard des sages-femmes, et au fait que la décision d'accoucher dans un environnement médicalisé ou non médicalisé n'appartient pas à la femme : il est très difficile aux Pays-Bas d'obtenir une péridurale sans pathologie, tout comme il est difficile en France d'accoucher sans être attachée au monitoring et à la perfusion.

L'exemple néerlandais a pour l'analyse du cas français un certain nombre de vertus : il démontre à l'évidence que les présupposés sur lesquels réformateurs et anti-réformateurs français s'accordent peuvent être remis en cause par une organisation et une pratique différentes ; *l'accumulation des moyens techniques n'est pas une garantie de performances et de sécurité*, puisque du point de vue des principaux indicateurs connus, les performances néerlandaises sont meilleures que les performances françaises.

Par ailleurs, il conteste assez fortement l'idée d'une hiérarchie indispensable entre les intervenants qui ont à gérer les accouchements normaux et ceux qui s'occupent de la pathologie : la définition même de l'obstétrique s'en trouve transformée ; l'obstétrique française inclut, avec des conséquences importantes sur les formes de suivi et sur les taux d'intervention, les cas qui relèvent aux Pays-Bas de la physiologie d'un côté et de l'obstétrique proprement dite de l'autre.

Enfin, il montre que l'on ne peut séparer les éléments médicaux des éléments organisationnels au sens large : l'organisation néerlandaise est définie à la fois par la répartition des compétences qu'elle instaure entre les professionnels, par la répartition des moyens techniques, par le système de couverture sociale, par la liste d'indications qui gère l'articulation entre les différentes sphères, tous éléments qui forment une certaine définition de l'accouchement.

## **Conclusion**

Nous avons vu qu'il y a eu une évolution en France dans la manière de penser l'organisation des soins liés à la maternité : l'apparition de la notion de "niveau de risque", associée à la notion de "niveau de soins" et à l'existence de mécanismes de coordination entre ces niveaux - le réseau - marque un tournant important. Cependant l'exemple néerlandais invite à aller au delà de cette première étape ; en effet, il est à craindre que, tant que cette hiérarchisation des risques sera associée à une hiérarchisation des compétences, le système dans

son intégralité sera aspiré par une spirale inflationniste, coûteuse tant sur le plan économique que médical et humain. Les mécanismes en sont connus et ont déjà été éprouvés massivement : une nouvelle technique fait son apparition pour traiter ou dépister une pathologie spécifique et elle est rapidement utilisée dans la majorité des cas, car "qui peut la pathologie peut le normal"... pourquoi se priver des progrès des sciences et des techniques ?

A partir du moment où l'on commence à séparer les femmes qui ont besoin effectivement d'un suivi très médicalisé des femmes "ordinaires", on commence à pouvoir se poser la question de ce qui est réellement nécessaire, approprié, souhaitable pour ces femmes. De nombreuses études internationales montrent en effet que l'utilisation systématique de certaines techniques est loin d'avoir toujours des effets bénéfiques : on sait par exemple que l'utilisation du monitoring foetal en continu durant l'accouchement a pour effet principal d'augmenter le taux de césariennes<sup>13</sup>, donc d'augmenter les risques de complication, sans diminuer le taux d'infirmités motrices cérébrales. Les mêmes résultats sont obtenus en pratiquant une surveillance intermittente. Indépendamment même de cette absence de bénéfices avérés à l'utilisation de cette technique, elle implique un certain nombre de conséquences sur le déroulement et le vécu de l'accouchement : la femme est immobilisée sur la table, ce qui ne facilite pas le travail et lui est souvent assez désagréable. De manière similaire, d'autres travaux montrent qu'une seule bonne échographie durant la grossesse produit les mêmes résultats que les trois échographies pratiquées systématiquement en France.

Le fait de séparer des sphères d'activité, soigneusement coordonnées bien entendu, doit donc être appuyé à notre sens par une réhabilitation forte de "l'art de la physiologie" pour reprendre les termes néerlandais : autrement la définition des "soins adaptés au niveau de risque faible" sera toujours déterminée par rapport au risque fort. Cela passe probablement par un renforcement de la profession de sage-femme, mais aussi par la mise en place de nouvelles formes de recherche : peu de gens se posent encore clairement la question des problèmes médicaux - sans parler des problèmes psychologiques ou autres - créés par l'application systématique de certaines techniques ou la réalisation de certains actes durant la grossesse ou l'accouchement. Cela veut dire aussi que les modes d'évaluation de l'activité obstétricale doivent changer : les performances en terme de gestion du risque ne peuvent être mesurées à l'échelle d'un établissement puisque les établissements deviennent complémentaires, mais à l'échelle du réseau. En revanche, si l'on veut évaluer des performances plus locales, cela implique que l'on se donne des indicateurs spécifiques de chaque type d'établissements : les établissements et praticiens

---

<sup>13</sup> On intervient au moindre signe de possible souffrance foetale (mais l'interprétation est assez incertaine), cette souffrance foetale pouvant être à l'origine d'un handicap par suite par exemple d'une mauvaise irrigation du cerveau. Voir par exemple Cabrol, 1995.

s'attachant au suivi des femmes "normales" doivent avoir des mesures liées à leur activité propre dont les qualités ne sont pas les mêmes que celles liées à la gestion du haut risque. C'est bien là le sens du "réseau" et de la coordination : on produit un ensemble plus large qui se donne certains objectifs précis, mais à l'intérieur de cet ensemble, pourvu qu'il soit bien coordonné, les acteurs retrouvent des marges de manoeuvre, des libertés d'action propres.

Evidemment, à partir du moment où l'on cesse de penser que le pathologique englobe le physiologique, le contenu même du "réseau" qui associe les différents acteurs est assez différent. Il ressemble davantage d'ailleurs à un réseau classique, c'est-à-dire un espace de circulation non hiérarchisé, il peut aussi englober d'autres acteurs que les seuls hôpitaux, comme les médecins de ville mais aussi les acteurs du secteur social etc., ce qui permet comme préconisé par la lettre de commande de M. Kouchner, de sortir d'une définition exclusivement médicale de la grossesse et de l'accouchement. Il peut même se donner à voir aux "usagers" en les intégrant dans sa définition. Nous ne rentrerons pas ici dans les détails mais il existe en France au moins une expérience de "réseau" centrée d'un certain point de vue sur la femme, et dont le fonctionnement produit une intériorisation par la femme des étapes du suivi, qui lui apparaissent sous la forme d'une trajectoire rationalisée dont elle est en partie maîtresse.<sup>14</sup>

Ce qui nous amène à un dernier point concernant les femmes elles-mêmes. Pour justifier de certaines pratiques qui n'ont pas d'avantage indiscutable, les praticiens s'appuient d'une part sur l'existence du médico-légal et d'autre part sur une supposée demande des femmes. Ces deux questions nécessiteraient à elles seules de longs développements. En ce qui concerne la première, on peut tout de même avancer deux arguments : 1) les juges s'appuient sur des experts qui sont des médecins ; quand ces médecins déclarent qu'il est coupable de ne pas enregistrer le rythme foetal en continu alors que les publications internationales disent le contraire, on ne peut que constater une fois de plus les effets d'une aspiration vers les techniques que seules une réhabilitation du physiologique et une recherche plus "symétrique" sur les avantages et les inconvénients des techniques peuvent contre-balancer ; 2) le recours aux tribunaux est probablement lié à la forme des relations instaurées avec les usagers : si le praticien partage ses certitudes, mais aussi ses incertitudes avec ses clients, s'il les associe à ses décisions... il est possible que les clients en cas de problème soient moins tentés d'en référer aux tribunaux pour obtenir des explications. Quant à la demande des femmes, en particulier par rapport à la péridurale qui de fait implique une complète médicalisation de l'accouchement, nous avons montré<sup>15</sup> à quel point elle est constituée dans l'interaction avec les

---

<sup>14</sup> Naiditch, M., Bourgueil, Y., Develay, A., Akrich, M., Pasveer, B., 1998.

<sup>15</sup> (Akrich et Pasveer, 1996)

praticiens, et par la manière dont le dispositif de soins est organisé. Nous avons récemment réalisé l'interview d'un certain nombre de femmes ayant accouché dans une petite maternité ne pouvant assurer de péridurale qu'en semaine et en journée. Pour aucune d'entre elles, l'absence de péridurale n'a été ressentie comme un manque : entourées de considération, de respect, et d'attention, associées tout au long de la grossesse au suivi, elles se sentaient en sécurité et en confiance et capables de mener à bien leur accouchement. Les femmes néerlandaises ne sont donc pas une exception culturelle ou physiologique, comme on veut souvent le faire croire pour expliquer le taux d'accouchements non médicalisés... Ce qui est exceptionnel c'est d'avoir su se donner les moyens organisationnels et médicaux de préserver la notion de physiologie : espérons que les réorganisations françaises en cours sauront en tirer quelque leçon.

### Références bibliographiques

AKRICH (Madeleine) et PASVEER (Bernike) - *Comment la naissance vient aux femmes. Les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas.* - Paris : Les empêcheurs de penser en rond, 1996.

BOUVIER-COLLE (M.-H.) , VARNOUX (N.) et BRÉART (G.) - *Les morts maternelles en France.* - Paris : Éditions de l'INSERM, 1994.

CABROL, D., "Auscultation intermittente ou enregistrement continu du rythme cardiaque fœtal pendant le travail", in J. P. Relier, *XXVes Journées Nationales de Néonatalogie 1995*, Paris: Karger, p. 266-274, 1995.

GRUPE D'ANIMATION ET D'IMPULSION NATIONAL. - *L'obstétrique en France. Enquête 1991.* - Paris : CNAM-ENSM, 1993.

HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. - *La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : pour un nouveau plan périnatalité.* - Paris : Editions de l'ENSP, 1994.

NAIDITCH, M., BOURGUEIL, Y., DEVELAY, A., AKRICH, M., PASVEER, B., *Dispositifs d'offre de soins obstétrico-pédiatriques : filières, trajectoires et usagers, rapport intermédiaire*, ENSP-CSI-INSERM, 1998.

NISAND (Isaac). - *Démédicaliser ou humaniser? -Les dossiers de l'Obstétrique*». n°213, p. 15-18, 1994.