

Les maternités et l'aménagement du territoire

Bien naître en Midi-Pyrénées

Colloque, 11 février 1994

Les problèmes rencontrés en région Midi-Pyrénées pour le suivi des grossesses et des naissances, avec leur particularisme, recoupent ceux posés au niveau national. Un débat régional a permis de montrer que l'information, l'écoute et le dialogue peuvent rendre conciliables des approches *a priori*... inconciliables.

En préparant en 1992 les bases d'un plan national de la santé publique, le Haut Comité de la santé publique a contribué à alimenter les recherches qu'avaient amorcées les premiers travaux de planification régionale. À la suite des « débats régionaux », et en particulier de celui de Toulouse, le P^r Jacques Pous, président de l'ORS de Midi-Pyrénées, pouvait mettre en évidence que la responsabilité, tant des « profanes dans leur conduite de santé et leur recours au système de soins » que des « professionnels (gestionnaires et décideurs) dans leur pratique » est une « des composantes de la citoyenneté dans le domaine de la santé ».*

Cette responsabilité ne peut être assumée qu'avec des informations partagées. Celles qui concernent l'environnement

* *Stratégie pour une politique de santé*. Paris : HCSP, ENSP Éditeur, décembre 1992, 84 p.

de la naissance ont largement contribué depuis plus de vingt ans, avec le programme périnatalité, à montrer l'importance d'une information comparée.

Les particularités de la région Midi-Pyrénées

Depuis le début des travaux de la commission technique régionale de la naissance en 1989, les particularismes de la région Midi-Pyrénées sont apparus nettement.

Si les indicateurs de la santé des mères et des nouveau-nés ne sont pas fondamentalement différents de ceux de la France entière, ils sont dans une position faible par rapport à ceux des autres pays développés, et en particulier dans la région malgré une démographie médicale et un nombre de structures supérieur à la moyenne.

À tort ou à raison, des politiques natalistes volontaires sont dans notre pays perçues comme un des éléments du développement économique. Dans la région Midi-Pyrénées, dont l'indice de fécondité est un des plus bas des régions françaises depuis trois siècles, il importe de chercher à améliorer la qualité de la naissance. Un colloque, « Bien naître en Midi-Pyrénées », ouvert aux professionnels et aux associations intéressées, a ainsi été organisé par la Drass à Toulouse, avec l'appui du Haut Comité de la santé publique, le 11 février 1994. En faisant le point de la situation de l'environnement de la naissance dans la région, il s'agissait de permettre aux responsables (techniciens et politiques), d'échanger leurs analyses et les évolutions qu'ils préconisent, mais aussi d'harmoniser les environnements médicaux et les aspirations des usagers.

Les indicateurs ont peu évolué ces dernières années, tant pour la France que pour la région. Mais en Midi-Pyrénées, un certain nombre de caractères rendent difficile l'amélioration des prises en charge des mères et des enfants.

Même si la qualité des soins n'est pas en cause, il sera impossible aux 18 maternités (sur 48), qui ont réalisé en 1992 moins de 300 accouchements, d'assurer

à la fois les suivis de grossesse qui permettraient de diminuer le nombre d'enfants mort-nés ou prématurés, de proposer à chaque mère l'analgésie obstétricale adaptée, d'assurer dans de bonnes conditions tant la réanimation (2,1 % en 1989) que le transfert (6,4 % en 1989) des nouveau-nés qui en ont besoin.

Des contradictions conciliables

Les professionnels ont montré qu'il devenait indispensable, au moment de l'accouchement, de disposer d'équipes de gynéco-obstétriciens et d'anesthésistes réanimateurs capables de faire face aux accouchements difficiles. La connaissance des caractères des situations à risque permet de prévoir celles-ci de mieux en mieux ; encore faut-il que la liaison entre la surveillance de la grossesse et l'accouchement soit totalement réalisée (7 % des patientes n'ont aucune consultation préalable par l'équipe d'accouchement).

Cette collaboration, aussi bien que la constitution d'équipes permanentes, où des pédiatres doivent être intégrés tant au moment de la naissance qu'avant et après celle-ci, se heurtent aux habitudes d'exercice individuel de la médecine. Les professeurs Pontonnier (gynécologue-obstétricien) et Régnier (pédiatre), en promouvant le rôle de spécialistes compétents dans des réseaux de soins et de surveillance coordonnés, ont montré la difficulté de regrouper les moyens disponibles dans la région.

Tandis que la mobilisation pour le maintien des petites maternités s'accroît et que le nombre des naissances domiciliées diminue dans presque toute la région pour se concentrer dans les agglomérations, la contradiction apparente entre des impératifs de sécurité et des préoccupations de maintien de l'emploi dans des zones économiquement fragiles est apparue moins inconciliable.

L'écoute et le dialogue des « responsables professionnels » a permis parfois d'arriver à des solutions satisfaisantes (fusion d'une maternité privée et d'une

maternité publique dans le Tarn, création d'un réseau gradué entre des maternités primaires et un service de gynécologie-obstétrique dans d'autres régions).

Les lacunes dans l'organisation des soins peuvent ainsi se résoudre partiellement par une meilleure organisation des structures.

Des évolutions culturelles en marche

Dans la région Languedoc-Roussillon, une enquête d'opinion conduite pour la Drass par le P^r Mares (gynécologue-obstétricien) et le D^r Cecchi-Tenerini (médecin de santé publique) a montré que, pour les usagers, le besoin de proximité des services hospitaliers avait souvent pour origine la peur de ne pas pouvoir accéder aux soins ; c'est ainsi sur une absence d'information ou une absence de réseau médical efficace et bien évalué, que des options politiques peuvent sembler s'opposer à des orientations de santé publique.

Mais les recherches pour concilier les préoccupations de tous les responsables pourraient conduire à des évolutions culturelles importantes.

L'attention portée à des observations contrastées de la naissance conduit à un va-et-vient entre les représentations des usagers des services médicaux et celles des « gestionnaires et des décideurs ».

L'enquête faite en Languedoc-Roussillon a montré à quel point les parents peuvent se sentir seuls. Les prises en charge psychologiques non seulement des nouveau-nés, mais aussi de leur entourage, vont de pair avec celles des conditions médicales de l'accouchement, et doivent être assurées par les mêmes équipes. La volonté de réduire en France le nombre des prématurés (40 000 par an) et celui des handicapés (15 000) des suites d'accouchement doit se concilier avec la reconnaissance du nouveau-né en tant que personne. La réflexion des équipes hospitalières, permise par la pluridisciplinarité, sur la qualité de la vie humaine les rapproche des interrogations des parents.

Mieux connaître le fœtus, mais aussi analyser comment marchent les relations entre les soignants, les parents et les enfants, comment s'élaborent les attachements, les émotions et comment se construit l'être humain, sont des recherches qui préoccupent aujourd'hui les différents « responsables ».

M^{me} le D^r Molenat (pédopsychiatre) a mis en évidence le progrès culturel que représente ce passage pour la prévention de la santé mentale, et le besoin inéluctable de l'écoute réciproque de tous les protagonistes pour retrouver une réflexion humaine.

La qualité de cette écoute et de cette réflexion conditionnera les décisions qui seront prises pour l'évolution du système de santé régional. Elle est également inséparable d'une responsabilité de citoyen. ■

Jean Daney de Marcillac

Directeur régional
des Affaires sanitaires et sociales.