

Vie et mort annoncée d'une maternité

Praticien hospitalier, gynécologue-obstétricien et responsable de la maternité du CHG de Pithiviers depuis 1985, le Dr Gilles Habart nous a confié sa vision de l'histoire de la maternité. Elle pourrait s'intituler *L'évolution prévisible d'une maternité de proximité pas comme les autres, ou, Comment les petites structures à taille humaine disparaissent.*

► À la suite de l'arrêté publié le 28 juin 2016 par l'ARS de la région Centre, la maternité de Pithiviers vient de fermer ses portes. C'est la fin d'une expérience exceptionnelle où mettre son enfant au monde comme à la maison avec la sécurité de l'hôpital était possible grâce à un accompagnement, fruit d'une profonde réflexion sur l'accouchement et la naissance*. Comment en sommes-nous arrivés-là ?

Trouver un compromis entre une médicalisation intrusive et

qui lui est due... À Pithiviers, où je décidais de m'installer, j'essayais de trouver un compromis entre une médicalisation trop intrusive et l'accouchement naturel à tout prix.

Si la terrible époque du rôle rédempteur de l'accouchement dans la souffrance se terminait, c'était grâce aux préparations : la psychoprophylaxie obstétricale de Fernand Lamaze d'abord puis à la sophrologie, à l'haptonomie, au chant prénatal, au cri primal... Dans le même temps, le MLF et les militants du MLAC affirmaient la pouvoir et la libération de la femme avec un slogan : « Un enfant si je veux et quand je le veux ». Le « pouvoir médical » remis en question, vacillait. À l'inverse, Alexandre Minkowski, père de la néonatalogie française, travaillait à « une naissance sans risque », plaçant plutôt pour la surveillance du fœtus pendant le travail.

En 1997, après une en-



Responsable de la maternité de Pithiviers depuis 1985, le Dr Gilles Habart témoigne sur l'évolution du service.

devenue possible grâce à d'école. En quelques mois,

à 20 % et cela sans amélioration du bien-être du nouveau-né.

De réformes en réformes

Les réformes hospitalières se succédaient avec leur cortège de protocoles, de certifications, demandes d'autorisation d'exercice, démarches qualité et leurs multiples commissions (C.L.A.N./CLUD/COPS/CAES/HEMOGILANCE/COMEDIM/CREX...), qui se rajoutaient aux classiques CME, CA. La nouvelle gouvernance, (loi HPST de Roselyne Bachelot) fut mise en place. Le directeur nommé par l'ARS a désormais une voix prépondérante au directoire, instance décisionnelle, tandis que le maire de la ville n'a plus qu'une voix consultative en présidant le conseil de surveillance.

Il fallait aussi casser les « baronnies des chefs de service », on supprima donc les services en les transformant en unité fonctionnelle au sein de département puis de pôles, la notion même de

rification à l'activité pour les petites structures comme Pithiviers.

Quelques années plus tard, le syndicat interhospitalier fut dissous. La coopération entre les deux hôpitaux dépendants d'ARS différentes diminua petit à petit et les problèmes de recrutement sur le site de Pithiviers commençaient.

Un handicap structurel, la fermeture de la chirurgie

Le terrain était dégagé pour une nouvelle restructuration, la première de 1997 ayant partiellement échoué. Au manque de praticiens au niveau national s'ajoutait un handicap structurel à Pithiviers : la disparition du service de chirurgie qui rendait le poste de gynécologue-obstétricien beaucoup moins attractif et plus périlleux.

Après m'être tourné sans succès vers les hôpitaux de Montargis et d'Orléans pour retrouver une coopération interhospitalière forte, il était évident qu'avec le vieillissement

intrusive et l'accouchement naturel à tout prix

Arrivé en 1985 à la maternité de Pithiviers connue pour ses accouchements dans l'eau, je devais remplacer pendant 15 jours le chef de service qui, à la surprise générale, ne reprit jamais ses fonctions. À Pithiviers, je découvrais, grâce au savoir-faire des sages-femmes, les bienfaits des changements de position et de la « piscine ». Exerçant auparavant à la maternité des Lilas, lieu emblématique de « l'accouchement naturel », j'étais fortement influencé par les nouvelles conceptions de l'accueil du nouveau-né, du déroulement du travail et de l'accouchement : déambulation, changement de position, immersion, rôle actif de la parturiente qui prenait la place centrale

En 1997, après une enquête de l'IGAS** motivée par un décès consécutif à une faute d'anesthésie au cours d'une intervention chirurgicale en dehors de tout contexte obstétrical, l'ARH*** décidait de fermer le service chirurgie et de suspendre l'activité de la maternité.

La coopération interhospitalière

Neuf mois plus tard, après une importante mobilisation et sur une intervention de Bernard Kouchner, alors ministre de la Santé, la maternité fut rouverte dans de nouveaux locaux avec la condition d'une coopération forte avec le Centre Hospitalier d'Étampes en formant une fédération puis un syndicat interhospitalier. La maternité était en quelque sorte sous-tutelle.

L'analgésie péridurale à la demande (APD) était

devenue possible grâce à l'équipe commune des anesthésistes d'Étampes-Pithiviers et fut adoptée par la majorité des parturientes. Pourquoi s'imposer de surmonter sa souffrance alors que l'APD supprimait toute douleur ? L'introduction de la maternité de Pithiviers de la péridurale à la demande représente un véritable cas

d'école. En quelques mois, avec la même équipe (sages-femmes et obstétriciens) le taux de péridurale passa de 7 % à 70 %. La médicalisation indispensable à cette technique modifia profondément notre pratique : les extractions instrumentales passèrent de 4 % à 12 %, les césariennes de 10 % à 19 %, les épisiotomies de 3



Lors du rassemblement du 30 juin, devant la maternité, le Dr Habart avait rappelé les raisons de la fermeture.

département puis de pôles, la notion même de service disparaissait.

Écouter la bonne parole de ceux qui n'avaient jamais soigné personne

J'appris à cette occasion à parler TTA, EPRD à côté duquel le jargon médical est littérature. L'informatique fit son entrée avec le DIM, les RUM et autres classifications CCAS, chaque hôpital choisissant son logiciel on arriva à une myriade de systèmes incompatibles entre eux. Toute tentative de résistance était assimilée à une « diabolisation de la démarche qualité » et valait excommunication. On restait sagement assis durant de longues heures à écouter la bonne parole de ceux qui n'avaient jamais soigné personne. La multiplication des expertises nous faisait découvrir le déficit inéluctable généré par l'introduction de la ta-

ration interhospitalière forte, il était évident qu'avec le vieillissement des équipes, le maintien de la maternité devenait de plus en plus difficile. Le recours à l'intérim ne faisait que retarder l'échéance, nous rendait plus fragile avec un coût exorbitant et un service rendu souvent médiocre.

Le 10 juin 2016, la suspension de l'activité obstétricale fut prononcée par l'ARS pour non-respect de la réglementation sur la permanence des soins, c'est-à-dire pour effectif médical insuffisant. On avait échappé à une fermeture infamante « pour défaut de qualité des soins » : on se console comme on peut.

* Pour une naissance sans violence du Dr Leboyer

**IGAS : inspection générale des affaires sociales

*** ARH : agence régionale d'hospitalisation remplacée depuis par l'ARS, agence régionale de santé.