Colloque « Je suis la sage-femme » – Paris – 11 avril 2014

La sage-femme face aux pouvoirs : une analyse politique de la grève de 2013-2014

Michel Naiditch, **médecin de santé publique, chercheur associé à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)**

(Le point de vue exprimé est celui de l'auteur et ne saurait être imputé à l'IRDES).

INTRODUCTION

Hélène de Gunzbourg m'a fait l'honneur de me demander de traiter un sujet difficile : les sages-femmes et le politique. Pour traiter du thème proposé, j'utiliserai une approche normative. Il s'agit d'abord de réfléchir à ce que devrait ou pourrait être une répartition optimale des compétences et expertises des différents professionnels de la périnatalité – sages-femmes, obstétriciens, pédiatres, généralistes – en centrant l'analyse sur le rôle des sages-femmes. Bien sûr, le système à construire doit être efficace en termes de résultats et de sécurité des soins pour les nouveau-nés et leur mère, et aussi en matière de satisfaction et de qualité de vie de ces dernières. Il s'agit ensuite de proposer un chemin réaliste entre l'existant d'une part, c'est-à-dire le système périnatal actuel, et la cible visée, soit le système à construire. Ces deux sujets, la grève des sages-femmes de 2013-2014 les a mis sur le devant de la scène. Je vais donc tenter de donner des pistes pour tracer ce futur idéal et son chemin.

Je le ferai à partir de mes travaux de recherche portant sur le fonctionnement comparatif des systèmes périnataux dans différents pays [1, 2] et en utilisant un ensemble de matériaux que j'ai recueilli auprès de différents acteurs ayant participé à des titres divers au mouvement de grève. L'analyse critique des circonstances dans lequel ce mouvement est né, le contexte institutionnel et professionnel dans lesquels il s'est développé et les différentes dynamiques qui le parcourent : tout ceci fournit un riche matériel pour identifier les barrières et obstacles structurels et conjoncturels aux objectifs que le Collectif des sages-femmes (ONSSF, CNSF, CFTC, ANSFC, Cnema, Anesf) s'était donnés.

Cet aller-retour entre dynamique du mouvement et du mode de fonctionnement actuel du système périnatal m'a permis de mettre en évidence le type de travail politique auquel le Collectif s'est attelé pour affronter les différents pouvoirs qui brident le plein déploiement de l'activité et du rôle propre des sages-femmes. L'échec momentané du mouvement, en partie prévisible, m'a incité à proposer des pistes d'action pour essayer de sortir de l'impasse actuelle. Parmi celles-ci, j'insisterai sur les modalités des différentes alliances que le Collectif va devoir passer avec les autres acteurs de la périnatalité – notamment les usagers mais aussi les obstétriciens – s'il souhaite parvenir à ses justes fins.

I. LE CONTEXTE ACTUEL DE LA PÉRINATALITÉ EN FRANCE

C'est la manière de définir le risque obstétrico-pédiatrique et de penser sa gestion qui fonde l'organisation actuelle du système périnatal français.

A. Une conception du risque légitimant une gestion médicalisée et hospitalo-centrée du système par les spécialistes

Aujourd'hui en France, l'organisation de l'obstétrique repose sur une conception du risque maternofœtal façonnée par les obstétriciens et les pédiatres. Leur schéma repose sur un pilier principal et deux secondaires.

Premier pilier : le risque est ubiquitaire. Le risque étant partout, toute grossesse doit être au minimum considérée comme à bas risque. Elle ne peut être qualifiée de « normale » qu'à postériori, après la délivrance. On ne saurait donc concevoir qu'une grossesse puisse être qualifiée de « physiologique ». La première conséquence de ce crédo en termes d'organisation du système périnatal est de nier le rôle spécifique des sages-femmes en tant que spécialistes de la physiologie et, simultanément, de disqualifier l'étude scientifique du champ des « grossesses physiologiques », devenu caduque. Autre conséquence : celle de faire des spécialistes les seuls professionnels légitimes pour assurer le suivi et l'accouchement de toutes les femmes. Ce contexte explique leur présence massive sur le marché lucratif du suivi des grossesses « à bas risque » – avec une multiplication des examens de suivi, à la recherche de toute manifestation suspecte – et de leurs interventions en salles de naissance au sein des cliniques privées, moyennant dépassements d'honoraire. Paradoxalement, exclues de la physiologie, les sages-femmes vont être autorisées, grâce à leur formation initiale, à cogérer

les grossesses pathologiques en ville, mais aussi à l'hôpital. C'est donc un système qui « marche sur la tête ». A ce premier crédo s'en ajoute un autre : celui qui consiste à assimiler tous les risques du suivi ou de l'accouchement à ceux liés à des pathologies rares et difficiles à anticiper, qui, elles, nécessitent un délai d'intervention très court pour être prises en charge efficacement. Il en résulte là aussi plusieurs conséquences sur le plan de l'organisation du système périnatal. D'abord, l'accent est moins mis sur l'organisation d'une gestion systématique et apriori des risques en amont de l'accouchement. Ensuite, la sécurité ne peut reposer exclusivement que sur l'accès très rapide des futures mères à des maternités dotées de moyens techniques sophistiqués. Cette vision ultra sécuritaire et hospitalo-centrée a plusieurs répercussions. Sur le plan des pratiques médicales, elle justifie l'utilisation quasi systématique de l'accouchement dirigé au nom d'un usage complètement biaisé du principe de précaution. Et sur le plan de l'organisation de l'offre de soins, elle ôte toute légitimité à des lieux de naissance non strictement accolés aux maternités (maison de naissance extra hospitalière, domicile) sous prétexte d'un trop grand éloignement. Au total on aboutit à une organisation complètement dysfonctionnelle, tant du point de vue du recours aux expertises spécifiques des médecins et des sages-femmes, que du point de vue des coûts. Soulignons enfin que cette organisation est en parfaite opposition à celle mise en place dans la majorité des autres pays européens ayant les meilleurs résultats périnataux [3]. Ces derniers partent de prémisses complètement opposées, à savoir que toute grossesse est apriori « normale », sauf preuve du contraire. Il revient donc aux sages-femmes, spécialistes de la physiologie, de suivre les grossesses et de surveiller l'occurrence éventuelle de certains risques, afin d'orienter les femmes vers les spécialistes, concentrés uniquement sur les grossesses pathologiques. Des formes et des lieux alternatifs d'accouchement sont autorisés dans ces pays.

B. Une alliance entre les élites administratives et politiques, hospitalo-universitaires et syndicales

Le mode de gestion politique fortement centralisé du système de soins français se caractérise par un système de codécision exclusive entre élites administratives d'un côté, et hospitalo-universitaires et syndicales de l'autre. Les premières ont en charge le bien public quand les secondes défendent les intérêts des médecins, permettant de traduire sur le plan de l'organisation des pratiques professionnelles leur conception d'un risque omniprésent.

De façon générale, l'administration centrale du ministère de la Santé est restée historiquement focalisée sur le secteur hospitalier, et ce jusqu'à la loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » de 2009. Concernant l'organisation de chaque discipline, l'administration tire ses connaissances quasi exclusivement de l'expertise des médecins, qui défendent le point de vue officiel de leurs instances représentatives. Leur poids dans la décision est renforcé au niveau politique par l'action de leurs collègues et conseillers techniques au sein des cabinets. D'où une tendance de l'administration à épouser sans sourciller la vision des médecins. Dans le champ de la périnatalité, cette convergence des positions est renforcée par l'usage de l'argument selon lequel les changements envisagés dans l'organisation du système périnatal – et notamment ceux pouvant se traduire par une extension de la responsabilité et de l'activité des sages-femmes – sont porteurs d'une diminution de la sécurité des naissances. Cela a pour conséquence de « paralyser » les décideurs publics ; absence de décision qui traduit une application biaisée du principe de précaution [4]. Seule l'organisation d'une expertise collective véritablement pluraliste, prenant en compte les opinions de l'ensemble des acteurs concernés, couplée à des procédures de décision transparentes, serait susceptibles de lutter contre l'inertie du système actuel [5]. On en est encore loin, à en juger par la manière dont fonctionne la Commission nationale de la naissance et de la sécurité de l'enfant. Par ailleurs, l'administration centrale connaît beaucoup moins bien le secteur libéral et a délégué de facto sa gestion à l'Assurance Maladie. Cette dernière, outre sa conception strictement instrumentale de la place et du rôle des sages-femmes (voir la mise en place du Prado) et du fait des mécanismes conventionnels, demeure tout comme la grande majorité du personnel politique, très sensible au lobby des médecins spécialisés. Au final, ne pas aller à l'encontre des conceptions défendues par les médecins spécialisés tient lieu de politique, dès lors que le bilan d'un ministre a pu être qualifié de « satisfaisant », au prétexte qu'il avait réussi à ne pas mettre ces derniers dans la rue.

II. LES SAGES-FEMMES EN PLEINE CRISE IDENTITAIRE

A. Une crise ancienne

La grève a démarré dans un contexte de crise identitaire du groupe des sages-femmes. Cette crise se manifeste par un double mouvement. D'une part, les sages-femmes ont pris conscience collectivement de l'état de délabrement de leurs conditions de pratique. D'autre part, elles constatent l'absence de reconnaissance par les institutions de leurs contributions majeures au sein du système périnatal, en raison de leur *invisibilité professionnelle* née du fonctionnement même du système. L'intensité et la durée du mouvement de grève, le plus puissant qui ait existé depuis 2001, est un vivant témoignage de cette crise, qui touche tous les secteurs d'activité des sages-femmes.

Au sein des hôpitaux publics, les sages-femmes de salle de naissance assurent seules la majorité des accouchements. Dans le privé, elles sont présentes du début à la fin, l'obstétricien n'intervenant systématiquement que dans la phase d'expulsion. Elles travaillent en flux tendus du fait que la majorité des accouchements continuent à être le plus souvent dirigés, en dépit des preuves fournies par la médecine factuelle (Evidence based medicine). Ce phénomène est accentué par le mode de financement à l'activité qui pousse à produire des services rentables – et donc des actes – au détriment de l'accompagnement qui exige plus de temps et n'est pas rémunéré par le système de la tarification à l'activité (T2A). Au sein de ces usines à bébés que sont devenues les maternités modernes, les sages-femmes ne sont donc pas le plus souvent en capacité de déployer leurs compétences spécifiques dans le champ des accouchements physiologiques. L'une des conséquences est un turnover rapide des équipes au sein des services, ce qui n'est pas un gage de la qualité des pratiques et des résultats. Beaucoup de celles qui finissent par décider de s'installer en libéral – en dehors du petit nombre de celles opérant dans des niches re-

lativement lucratives – ne vont pas y trouver une activité suffisante en volume pour gagner leur vie correctement. D'autres resteront frustrées par des pratiques très peu diversifiées, faute de pouvoir accéder au suivi global des grossesses physiologiques et de leur accouchement, ce qu'elles souhaitent majoritairement. Elles se trouvent, concernant l'accès au suivi, en situation de « distorsion de concurrence » vis-à-vis des médecins spécialistes et, dans une moindre mesure, des généralistes, pour les raisons exposées plus haut. Il en va de même avec les pédiatres en ce qui concerne le suivi postnatal précoce des nouveau-nés. Enfin un même désenchantement atteint les sages-femmes de PMI dont les moyens rognés jusqu'à l'os ne leur permettent plus de remplir de façon correcte l'intégralité de leurs missions de protection maternelle et infantile.

B. L'hétérogénéité des sages-femmes

La crise identitaire des sages-femmes est ancienne mais a longtemps été mise sous le boisseau. Son traitement a été retardé du fait que les multiples instances en charge de représenter les sages-femmes (ordre, sociétés savantes, syndicats interprofessionnels ou spécifiques, collectifs divers), ont préféré pendant longtemps agir en ordre dispersé. Les sages-femmes ont donc tardé à faire les efforts nécessaires pour se doter d'un corps de doctrine et d'une stratégie collective qui auraient permis à chaque segment de la profession de resituer ses activités spécifiques au sein d'une vision commune. Cette défaillance a abouti à une fragmentation des activités dans et entre les trois grands secteurs, chacun porteur par ailleurs de cultures et de logiques d'action différentes : salariés fonctionnaires de la fonction publique hospitalière, salariés de la fonction publique territoriale exerçant en PMI ciblant les publics précaires, et libérales en ambulatoire, payées à l'acte. Chacun est subdivisé en multiples sous-groupes spécialisés par type d'activité ou de population-cible et en concurrence entre eux. Si certains segments ont su développer des actions porteuses d'innovations des pratiques, ils se sont globalement montrés incapables – pour autant qu'ils l'aient désiré – d'impulser une dynamique collective, leur multiplication rendant d'autant plus difficiles les tentatives de construction d'un projet collectif. Il est vrai qu'on ne voit pas pourquoi les sages-femmes échapperaient aux phénomènes d'individualisme et d'affaissement de la structuration du monde professionnel par le collectif qui caractérisent les sociétés modernes [6]. Cependant on constate depuis cinq ans que les différentes instances professionnelles représentatives ont véritablement pris conscience de cette crise et entamé un travail de fond pour tenter d'unifier la profession. Ce travail en interne a incontestablement facilité la rédaction de la plateforme commune de revendications du Collectif des sages-femmes, même si des différences d'appréciations sur les orientations stratégiques étaient déjà présentes avant le début du mouvement.
C'est donc dans ce contexte que débute la grève en octobre 2013.

C. Une revendication d'autonomie « maximaliste » : l'accès au statut de praticien

Je n'ai jusqu'à présent pas utilisé le terme de « profession » pour caractériser l'ensemble formé par les sages-femmes. Je le qualifierais plutôt de « groupe en recherche d'autonomie », l'autonomie étant la principale dimension d'un ensemble qui, globalement, fait qu'un groupe peut revendiquer le qualificatif de « profession ». Les sages-femmes sont, en France, juridiquement définies non pas comme une profession paramédicale mais comme une « profession médicale à responsabilité définie », leur champ de compétences propres s'exerçant sur les grossesses physiologiques. Or cette affirmation du caractère médical de leur activité ne s'est jamais traduite par une reconnaissance juridique, professionnelle et institutionnelle, du fait de la mainmise des obstétriciens sur le champ du « bas risque ». Ceci est le cas en particulier à l'hôpital où le déroulement de leur carrière et leurs salaires relèvent des règles de la fonction publique hospitalière en les assimilant de facto à des professions paramédicales, ce qui n'est pas le cas des médecins. C'est leur révolte face à cette non-reconnaissance administrative du caractère médical de leur activité qui a donné sa tonalité médiatique et politique à l'ensemble des revendications. Ceci explique que leur mot d'ordre principal ait été l'obtention d'un véritable statut médical – donc hors fonction publique – signant la reconnaissance juridique du caractère médical de la profession. Cette revendication concernait d'abord l'hôpital, mais elle allait de pair avec la volonté d'exiger que l'Etat reconnaisse à toutes les sages-femmes le droit d'assumer en pleine responsabilité le suivi des grossesses physiologiques et des accouchements. C'est ce dernier point qui constitue la véritable « révolution copernicienne » au sein du système périnatal car il donne, via une reconnaissance institutionnelle, la légitimité à la profession pour intervenir en toute autonomie dans le champ de la physiologie tout en cogérant avec les médecins le passage vers la pathologie des situations jusque-là physiologiques. L'obtention de ce statut entrainerait par ailleurs un ensemble de conséquences majeures en termes de carrière, d'activité et d'évaluation de leurs pratiques par les sages-femmes elles-mêmes, mais aussi en termes de maîtrise de leur cursus de formation et de recherche dans le champ de la physiologie. D'où l'importance de donner un caractère universitaire à leur formation, ce qui remet en cause le statut actuel de fonctionnaire des sages-femmes enseignantes au sein des écoles, mais aussi des cadres gérant les carrières des sages-femmes.

III. LES RAISONS D'UN ÉCHEC PRÉVISIBLE

L'échec de la grève est, on peut l'espérer, momentané. Il s'explique par la coexistence de différents facteurs d'ordres structurels et/ou conjoncturels.

A. Les intérêts des sages-femmes demeurent fragmentés

En dépit des efforts remarquables accomplis en amont et qui ont permis au mouvement de se structurer autour d'une plate-forme commune de revendications solidement argumentées, la mobilisation a fini par se fracasser sur la défense des intérêts catégoriels des médecins mais aussi de certains segments de la profession. Il s'agit, en l'occurrence, de ceux portés par un des syndicats de sages-femmes favorable à un nouveau statut mais au sein de la fonction publique hospitalière (FPH). Il a bénéficié de l'appui décisif de l'Intersyndicale.

B. Une alliance de facto entre l'Intersyndicale hospitalière et le ministère de la Santé

L'alliance conjoncturelle entre l'administration centrale, le ministère de la Santé et l'Intersyndicale (CGT, UNSA, Sud, UNSSF) qui s'est nouée trouve en partie son origine dans le passé. Elle repose sur le fait que syndicats et représentants de l'administration ont l'habitude de négocier pour gérer l'ensemble des relations professionnelles des personnels de la FPH, d'où une certaine proximité « cognitive » et relationnelle. L'alliance s'est aussi construite pour des raisons transcendant celles de la grève et liées aux enjeux politiques globaux relatifs à la négociation sociale : la mise en place de nouvelles politiques de l'emploi dans le secteur public et les entreprises passait par la minimisation de risques de conflits au sein de l'hôpital avec les principaux syndicats concernés. Dès lors qu'une proposition de statut a minima dans le cadre de la FPH était sur la table, j'aurais tendance à épouser l'avis de beaucoup d'acteurs du mouvement : les dés étaient largement pipés. Mais ceci n'est qu'une des explications.

C. Le poids du lobby médical

Je n'y reviens que pour en donner un exemple caricatural qui s'est produit lors d'une des séances de « négociations » : le fait que des médecins aient été conviés à participer au groupe de travail où se débattait le caractère « hors fonction publique hospitalière » du statut de praticien concernant les sages-femmes. La manière dont les médecins présents s'y sont opposés, n'hésitant pas à mobiliser des arguments à la limite de la diffamation pour la profession de sage-femme ou à formuler des contre-vérités factuelles et scientifiques sur les risques qu'il y aurait à leur confier une forte autonomie dans le champ de la physiologie, est révélatrice. L'expérimentation des maisons de naissance fournit un autre exemple de ce type de rhétorique qu'ils sont capables de mobiliser dès lors qu'il s'agit de s'opposer à tout changement menaçant leur position, en faisant état d'études totalement biaisées, tout en passant sous silence celles méthodologiquement solides et témoignant de bons résultats [7]. Il est vrai qu'obstétriciens et pédiatres sont coutumiers de ces pratiques pour des enjeux où ils sont les seuls concernés. L'un des meilleurs exemples est le combat mené pendant près de vingt ans par une importante frange des obstétriciens contre leurs collègues pédiatres pour s'opposer au transfert in utero, niant avec obstination la valeur des preuves fournies par un grand nombre d'études démontrant sa supériorité sur le transfert postnatal du nouveau-né [8, 9].

D. La faible reconnaissance des sages-femmes par le grand public

Celle-ci résulte d'abord de leur invisibilité professionnelle, façonnée, comme nous l'avons vu, par le système périnatal et qui explique la faible connaissance qu'en a le grand public. Cette méconnaissance se traduit d'abord par le fait qu'un usager a du mal à repérer, en dehors de l'accouchement, l'ensemble des activités de la sage-femme, que ce soit dans ou hors de l'hôpital, et ignore donc l'ensemble des bénéfices qu'il pourrait obtenir de ses services. D'où un fort déficit d'image du groupe, notamment si on le compare à celui des infirmières, bien plus nombreuses, dont les activités sont bien mieux connues car touchant tous les âges de la vie, et qui sont de ce fait parfaitement identifiées et plébiscitées en tant que professionnelles. Le grand public n'identifie pas pourquoi les conditions d'exercice des sages-femmes s'éloignent de celles des infirmières, notamment en termes de revendications. Il a donc eu du mal à donner du sens aux revendications sur le statut. D'où, en partie, son absence de soutien et ce d'autant plus que les sages-femmes – en tant que femmes majoritairement – sont assimilées peu ou prou à des infirmières qui, elles, ne portent pas directement ces revendications.

E. Un manque de préparation stratégique du mouvement

Celui-ci a en effet démarré très brutalement en réaction à l'absence des sages-femmes dans les premières versions des textes concernant la Stratégie nationale de santé, préparée par l'administration et le cabinet de la ministre de la Santé. L'ampleur du mouvement, d'emblée très forte, a pris par surprise les principaux responsables institutionnels de la profession. Ce démarrage « sur les chapeaux de roue », qui témoigne du degré d'exaspération d'une forte majorité des sages-femmes, s'il a constitué une force au départ, a mené le mouvement à être plus réactif que proactif faute d'avoir eu le temps de passer auparavant les alliances nécessaires avec d'autres acteurs de la périnatalité. Cela lui aurait peut-être permis de ne pas focaliser médiatiquement le mouvement sur le statut mais d'avancer de manière plus large, en donnant plus de poids aux revendications partagées avec d'autres acteurs. Cela lui aurait aussi sans doute permis de mieux maîtriser l'agenda, en se fixant des objectifs intermédiaires, et un calendrier précis.

La situation est donc pour l'instant bloquée puisque le Ministère, grâce pour une fois à une communication habile, n'a rien cédé sur le fond tout en faisant croire aux médias – et donc au grand public – qu'il avait répondu positivement aux revendications des sages-femmes. Il a pu le faire d'autant plus facilement que l'objet qui a focalisé toute l'attention était celui du changement de statut hospitalier, sujet peu mobilisateur pour le grand public, les enjeux essentiels dont il était porteur étant trop complexes et difficiles à expliquer. In fine, le Collectif porteur du mouvement de grève a mené son combat de manière isolée. Doté d'un faible poids politique, et sans soutien d'autres acteurs plus puissants politiquement, il a défendu un objectif qui, à terme, était susceptible de renverser l'équilibre des pouvoirs au sein du système périnatal. Cela a donc engendré des craintes d'une administration frileuse et des réactions violentes de spécialistes inquiets pour leur rente de situation. Pour toutes ces raisons, l'issue était prévisible.

IV. QUE FAIRE MAINTENANT ?

Si l'on ne refait pas l'histoire, les expériences du passé peuvent permettre de mieux construire le futur. Quelles leçons tirer de cette analyse, pour autant qu'elle s'avère pertinente ? Quelles opportunités s'offrent aux sages-femmes si celles-ci décident que le combat mérite d'être continué ? Qu'est-il possible de faire et selon quels rythme et calendrier ? Quelle stratégie proposer pour construire les nécessaires alliances sans lesquels les efforts risqueraient de rester inopérants ?

L'objectif final est clair : il s'agit à terme de créer les conditions permettant de remettre la pyramide de la périnatalité sur sa base « naturelle », à l'image de ce qui se fait dans la majorité des pays européens. Il s'agit de faire en sorte que soit confiée aux sages-femmes, en coopération avec les médecins généralistes, la responsabilité du suivi ante et postnatal et de l'accouchement, pour ce qui concerne les grossesses physiologiques, en recentrant les spécialistes exclusivement sur le suivi et l'accouchement des grossesses pathologiques. Atteindre cet objectif passe par *l'obtention d'une légitimité institutionnelle*, portant sur l'autocontrôle de la formation des sages-femmes : contenu et mode de délivrance du diplôme, recommandations de bonnes pratiques, programme de recherches dans le champ de la physiologie. Cela passe également par l'octroi de garanties concernant l'autonomie des sages-femmes dans l'organisation et l'évaluation de leurs pratiques (organisation et régulation de leur activité) dans le champ de la physiologie, que ce soit à l'hôpital ou en ville, en lien avec les obstétriciens et les pédiatres. Cet objectif ne pourra sans doute être atteint qu'à moyen terme, sur cinq à dix ans, en avançant par paliers stratégiques successifs. Quelques axes de travail sont envisageables et, pour partie, déjà en route.

A. Unifier la profession autour de valeurs communes, respectueuses de sa diversité

Il faut continuer le travail collectif entamé afin de créer les conditions permettant de transformer l'ensemble hétérogène des sages-femmes en un véritable groupe soudé autour d'objectifs communs. Mais ceci doit se faire en respectant la diversité des positionnements existants, notamment au sein du secteur public, qui se sont manifestés durant la grève. Le projet global des sages-femmes doit mieux tenir compte des craintes qui se sont exprimées face aux changements préconisés par le Collectif et identifier les différents groupes concernés. Il y a d'abord la catégorie des sages-femmes ayant déjà une assez longue carrière et qui ont réussi à la valoriser en participant activement à la cogestion des grossesses à risque et/ou en devenant de super techniciennes (échographistes). Il y a le groupe plus nombreux de celles qui, quoique insatisfaites du système actuel, ont fini par s'y adapter. Une partie d'entre elles n'ont pas perçu l'intérêt qu'elles auraient à sortir du statut de fonctionnaire, qu'elles considèrent par ailleurs comme protecteur, notamment en termes de retraite. Une troisième catégorie est constituée par les plus jeunes qui ne se sentent pas prêtes, à l'issue de leur formation et de leurs premières expériences professionnelles, à assumer pleinement une pratique autonome. La formation initiale qu'elles ont reçue les y a en général mal préparées et ce d'autant moins qu'une partie de l'encadrement a continué un travail de formatage visant au respect de la hiérarchie professionnelle – premier devoir d'un fonctionnaire – et du pouvoir symbolique des médecins. La présence de cette catégorie rend encore plus cruciale la question de la formation et de l'encadrement des équipes. Les orientations nouvelles exigent donc de profonds changements dans la nature du contenu de la formation des sages-femmes et dans le statut des enseignants. Des évolutions sont déjà en cours pour accorder une place plus grande à la physiologie d'un côté et s'inspirer de l'exemple de l'Institut de maïeutique de Marseille Méditerranée pour conférer aux écoles le statut universitaire. Mais là aussi il ne faut pas se priver des expériences innovantes menées par certaines enseignantes non favorables au mot d'ordre sur le statut jugeant qu'il n'est pas nécessaire pour accomplir ces réformes et continuer à dialoguer.

Un travail de conviction et d'argumentation visant à déconstruire la prégnance du paradigme dominant en matière de risque et de gestion du risque obstétrico-pédiatrique est nécessaire. Sans cela, une « démédicalisation raisonnée » de la grossesse qui permette de donner toute sa place à la physiologie ne pourra être menée. Cette démédicalisation du suivi et des conditions de l'accouchement des grossesses physiologiques est encore très difficile à penser et donc à « publiciser ». Il suffit pour s'en convaincre de se rapporter soit aux travaux chaotiques du groupe en charge du suivi des grossesses « normales » à la Haute autorité de santé ou à la durée (plus de quinze ans !) qu'a nécessité le vote par le Parlement de l'expérimentation des maisons de naissance. Le cahier des charges est en cours de préparation mais rien ne garantit encore que la dite expérimentation débute et aille à son terme. Pour mener cette déconstruction nécessaire mais complexe, les sages-femmes ne peuvent certainement pas agir seules. Une véritable stratégie est à construire avec d'autres partenaires. D'où la question des alliances.

B. Construire des alliances stratégiques

Pour tester les bienfaits et l'efficacité d'un enseignement théorique rénové davantage centré sur la physiologie, il faut qu'il puisse être mis à l'épreuve sur le terrain par des pratiques qui lui correspondent. Ceci ne peut se faire que dans les services où les obstétriciens militent pour une pratique moins dirigée des accouchements. Cela mène naturellement à poser la question du type d'alliance à passer avec les professionnels de l'obstétrique, notamment les obstétriciens et les anesthésistes. Il faut aussi gagner l'appui du grand public et parvenir à faire entrer dans le jeu le groupe des femmes de plus en plus nombreuses qui réclament des conditions de suivi et d'accouchement plus respectueuses de leurs attentes et de leurs choix. L'alliance avec les usagers est donc incontournable.

1. Avec les obstétriciens

Il peut paraître utopique de se situer dans une perspective d'alliances possibles avec les obstétriciens. Cet appui est pourtant la condition nécessaire à l'obtention du type de reconnaissance institutionnelle recherché par les sages-femmes. C'est ce que nous montrent, dans des contextes certes très différents, les exemples anglais et hollandais. Cet objectif est possible notamment du fait qu'un certain nombre d'obstétriciens souhaite une moindre médicalisation de l'accouchement et/ou n'est pas systématiquement hostile aux maisons de naissance. Certains chefs de service localement et à titre individuel donnent déjà un certain degré de liberté aux sages-femmes dans la gestion des salles de naissance, en s'efforçant de les laisser agir dans le cadre de la physiologie sans trop intervenir. Dans le contexte actuel déjà décrit, ceci peut bien évidemment s'avérer parfois difficile [10]. L'idée est de partir du terrain et de capitaliser sur ces expériences, en visant un effet « contagion par les bonnes pratiques pluriprofessionnelles » de ces services. Il faut, en lien avec les professionnels concernés, en organiser le recensement, la promotion et la diffusion des résultats. Cela contribuerait à augmenter peu à peu le nombre

de salles de naissance (et pas seulement les salles dites physiologiques) dans lesquelles les sages-femmes pourraient exercer en pleine autonomie en coopérant avec les spécialistes. Il s'agit donc de montrer, en s'appuyant empiriquement sur des expériences de terrain, que d'autres pratiques sont possibles. A ce titre, les maternités en lien avec les maisons de naissance expérimentales peuvent devenir des lieux de mise en actes de nouvelles pratiques coopératives entre les sages-femmes et les autres professionnels de la périnatalité. Ce travail de longue haleine n'a certes pas la beauté des combats plus médiatiques ou du travail politique au niveau des instances de prise de décision. Mais il en est le nécessaire complément et peut leur donner plus de forces par ses vertus pédagogiques et son effet boule de neige. Il prépare surtout à l'étape suivante : celle de la construction d'une alliance institutionnelle avec les médecins. Certains obstétriciens ont déjà apporté à titre collectif (collégiale de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris) un appui à la grève des sages-femmes, même s'il s'est voulu très discret et d'une portée limitée. Seule une infime minorité de chefs de service est prête aujourd'hui à défendre au grand jour un point de vue hétérodoxe en matière de partage des champs d'activité respectifs des médecins et des sages-femmes, au risque de se couper du reste de la profession. Il me semble que, là aussi, c'est par la démonstration empirique de l'efficience de pratiques innovantes que les résistances au changement des obstétriciens pourront être le mieux combattues et permettront d'aboutir à un soutien politique plus affiché d'une plus large partie d'entre eux. C'est du moins un pari qui mérite d'être fait.

2. Avec les associations d'usagers du système périnatal

Les sages-femmes doivent s'appuyer sur une connaissance fine de ce que souhaitent les femmes (ce qui est possible à partir des nombreuses enquêtes les concernant). Cela permettra de mieux communiquer sur la manière dont la spécificité de la pratique de sage-femme est susceptible d'y répondre et de montrer en quoi celle-ci est complémentaire de celle des obstétriciens, car les patientes ont besoin d'être rassurées sur ce point.

Un second enjeu majeur demeure la construction d'une alliance avec les associations d'usagers du champ périnatal et en particulier avec le Ciane (Collectif inter associatif autour de la naissance) qui aujourd'hui fédère un grand nombre de celles qui sont les plus actives dans ce domaine. Son influence sur et sa reconnaissance par les pouvoirs publics va grandissant. Les tentatives visant à constituer un front commun ont échoué du fait d'une incompréhension croissante qui est allée en s'aggravant au cours de la grève. Et ce, bien que le Ciane ait défendu les sages-femmes contre les attaques subies par les spécialistes et soutenu l'action en justice entamée par le Conseil national de l'Ordre. Plusieurs facteurs sont en cause dans cette incompréhension.

D'abord il existe une différence d'appréciation sur l'importance à accorder et le sens conféré au statut. Les enjeux dont il était porteur ont mal été compris par le Ciane, car réduits à une revendication de nature corporatiste et à visée financière. Ceci est probablement à mettre sur le compte d'un défaut global d'explication et de communication du Collectif. Les messages en provenance du groupe des hospitalières opposées à la sortie de la FPH ou en provenance de sages-femmes très connues du Ciane, qui étaient d'avis que le statut n'était pas le passage obligé pour garantir une pratique plus autonome, ont contribué à brouiller le message du Collectif.

Mais les deux raisons majeures à l'absence d'un front commun sont les suivantes. Tout d'abord, le Ciane a estimé que les enjeux portés par le Collectif n'étaient pas véritablement en résonance avec les siens. Leur principal objectif est de faire en sorte que les femmes puissent choisir en toute transparence des lieux alternatifs à l'hôpital pour accoucher et que, dans tous les cas de figure, elles puissent effectivement négocier leurs modes de suivi et d'accouchement. Cette question du libre choix des femmes est aussi présente dans le second reproche fait aux sages-femmes – à juste titre me semble-t-il. Aux travers de certains de ses mots d'ordre et/ou argumentaires, le Collectif a préempté les femmes pour son combat en prétendant que les deux se confondaient. Cette prétention des sages-femmes à se poser en porte-paroles autorisés de la défense des attentes et intérêts des femmes (qui peut se comprendre compte tenu du caractère essentialiste du combat de nature féministe porté par une partie du mouvement) a été jugée par le Ciane indéfendable dans son principe même. En s'accaparant la mission qui revient aux associations d'usagers, en prétendant dire ce qui est bon pour les femmes, le Collectif tend à nier de facto la capacité d'autodétermination des femmes elles-mêmes. Cette manière de faire a donc contribué à donner une image corporatiste du combat des sages-femmes en renforçant l'effet repoussoir du statut. Une fois réglées ces divergences d'appréciations (ce qui ne sera pas simple), il me semble que les sages-femmes et le Ciane partagent suffisamment d'objectifs communs pour pouvoir construire une alliance stratégique qui respecte la singularité de leurs missions spécifiques.

C. Prouver l'efficience de la nouvelle organisation proposée

En complément du travail « politique » au niveau national et du travail empirique dans les services, d'autres actions peuvent être menées, que ce soit au niveau des régions ou de territoires plus fins. Un certain nombre d'outils sont à disposition dans la loi « Hôpital Patient Santé Territoire », comme les Conférences régionales de la santé et de l'autonomie. Ces instances régionales de délibération rassemblent tous les acteurs professionnels et usagers pour fixer des priorités en santé. Les représentants des sages-femmes pourraient y faire valoir leurs points de vue et essayer de passer des alliances utiles pour influer sur les schémas régionaux périnataux. Les projets de territoires et les contrats locaux de santé, dans le prolongement des ateliers santé-ville (ASV), peuvent être des vecteurs intéressants à utiliser pour proposer de nouvelles formes de pratiques. Cette « territorialisation » du suivi obstétrical donnerait aux sages-femmes un rôle fort en matière d'éducation à la santé, dans une optique de prévention mais surtout d'*empowerment* des femmes. Ceci pourrait aussi se faire dans le cadre des réseaux hospitaliers et de proximité avec la même approche de santé publique.

Enfin et surtout, il faut fortement investir les nouvelles formes d'exercice regroupé pluriprofessionnel (maison de santé pluridisciplinaires, pôles de santé, centres de santé) qui sont amenées à se développer dans le cadre de la Stratégie nationale de santé. Elles offrent notamment des opportunités pour construire empiriquement de nouvelles formes

de coopération pluriprofessionnelle avec les généralistes et les paramédicaux (kinésithérapeutes, infirmières) et sont portées par le projet de santé [11].

Avec les régulateurs, c'est bien sûr l'argument du meilleur rapport qualité/coût des filières alternatives par rapport aux filières classiques et où les sages-femmes prendraient toute leur place (maisons de naissance, domicile, pôle physiologique) qui est à faire valoir. Sa mise en évidence dans d'autres pays repose déjà aujourd'hui sur des études avec de bons niveaux de preuves. Il faut investir dans cette direction.

Les sages-femmes, et notamment le Collège national (CNSF), gagneraient à s'inspirer du travail du Ciane qui a su constituer une base de données d'études (base de données de l'Alliance française pour l'accouchement respecté, consultable sur http://afar.info/donnees-medicales/base-de-donnees) lui permettant d'étayer ses positions sur les pratiques professionnelles contestables. Un travail similaire est à entreprendre du côté des sages-femmes, via l'expertise des sages-femmes spécialisées en recherche clinique et épidémiologie et capables de monter des enquêtes sur des sujets porteurs. In fine, ceci permettrait d'agir en coopération avec le Ciane et les professionnels pour construire des argumentaires communs sur des objectifs partagés.

Voilà un ensemble de pistes d'actions dont j'espère que la profession dans son ensemble pourra tirer profit. Car comme dit le proverbe : *« il n'est pas nécessaire d'espérer pour entreprendre ni de réussir pour persévérer. »*

Références bibliographiques

[1] Naiditch M., Develay A., Akrich M., Pasveer B. Filières, réseaux et trajectoires en Périnatalité. Contrat Inserm/Mire, Rapport final 2000

[2] Brodin M., Naiditch M. Les politiques publiques de santé et l'organisation des soins périnataux. In : Pédiatrie hospitalière (Progrès en pédiatrie 8) 89-94, Drouin, 2001

[3] European perinatal health report. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010. Accessible en ligne : http://www.europeristat.com/images/doc/Peristat%202013%20V2.pdf

[4] De Kervasdoué Jean. La peur est au-dessus de nos moyens. Pour en finir avec le principe de précaution. Plon, janvier 2011

[5] Naiditch M. Les états généraux de la santé : un nouvel outil pour le débat démocratique dans le champ de la santé. In : Journée d'études de l'INRA/TSV : « Mettre les politiques publiques en débat », Ivry, Décembre 2003

[6] Gauchet Marcel. La démocratie contre elle-même. Gallimard, 2002

[7] Hollowell J, Puddicombe D, Rowe R, Linsell L, Hardy P, Stewart, M, et al. The Birthplace national prospective cohort study: perinatal and maternal outcomes by planned place of birth. Birthplace in England research programme. Final report part 4. NIHR Service Delivery and Organisation programme; 2011.

[8] Naiditch M., Weill C. Transferts maternels et transferts d'enfants en France : pourquoi les pratiques évoluent-elles si lentement ? In : Actes des 26es Journées nationales de médecine périnatale, Brest, Arnette Blackwell, 1996

[9] Naiditch M., Bourgueil Y. Des professionnels sont invités à modifier leur pratique. In : Actes des Journées Parisiennes de Pédiatrie, 335-341, 1998, Ed. Médecine Sciences

[10] Carricaburu D. De la gestion technique du risque à celle du travail : l'accouchement en hôpital public. In : Sociologie du travail, 47 (2005) 245–262

[11] Fournier C., Frattini M.-O., Naiditch M. Recherche qualitative exploratoire portant sur l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération dans le cadre de l'exercice regroupé en soins primaires. In : QES 2000, A paraître en septembre 2014