

« STRATÉGIES EFFICACES POUR LE CHANGEMENT EN PÉRINATALITÉ »

Transcription de l'atelier 7 et de la séance de conclusion

États généraux de la naissance
Châteauroux, 22-24 septembre 2006
<http://www.quellenaissancedemain.info>

GILLES GAEBEL

Je vais vous faire une présentation du CIANE et des motivations qui ont conduit à la création de ce collectif. On a abordé cette présentation sous l'angle de « restaurer la confiance », la confiance est le ciment et la base de la relation médicale ; s'appuyer sur le fait qu'on a un diplôme ne suffit pas, il faut établir une relation de confiance, d'autant que depuis 2002, de par la loi, a été instaurée la primauté de l'information, du consentement éclairé, et la possibilité de participer au choix thérapeutique concernant sa santé

Quels constats au quotidien ?

Du point de vue d'un regard profane et je tiens à cette notion d'expertise profane, on constate tout d'abord sur le plan de l'information et du choix :

- qu'il y a une absence de choix en matière de naissance contrairement à ce qui se passe chez nos voisins européens.
- un accompagnement de la maternité de plus en plus morcelé, fractionné, anonyme ; on nous présente le fait que le summum c'est d'envoyer les femmes vers les spécialistes : multiplication d'intervenants, d'actes.
- des difficultés pour accéder à l'information, au dossier médical, ce n'est pas spécifique à la périnatalité,
- des enquêtes de satisfaction partiales car faites par les institutions elles-mêmes, qui sont juges et partie
- un déficit d'évaluation et de contrôle notamment par rapport aux règles de bonne pratique et aux expériences qui ont lieu dans les pays voisins et en particulier dans les pays anglo-saxons
- un manque de données concernant la sinistralité, et tout particulièrement la morbidité ; on présente souvent des indicateurs concernant la mortalité mais on manque de données concernant la morbidité, et en particulier la morbidité lourde
- bien qu'il y ait aujourd'hui tout un ensemble de projets dans ce domaine, on constate un manque d'indicateurs sur la qualité et bien qu'il y ait des procédures d'accréditation lancées par l'ANAES et maintenant par l'HAS, mais ce sont des analyses qui sont loin, très loin de prendre en compte les préoccupations quotidiennes de base des usagers.

Il y a une réelle attente en matière d'information, et surtout d'information indépendante, qui nécessite pour nous une plus grande transparence.

Deuxième ensemble de constatations sur les relations aux usagers :

- insuffisance de prise en charge de la douleur, des pratiques invasives souvent sans analgésie, et des obligations médicales qui sont perçues comme abusives.
- En ce qui concerne l'information, le consentement, je ne citerai que l'épisiotomie, on me rapporte souvent par témoignage – notre action et nos positions se basent à la fois sur des témoignages et sur des faits scientifiques – des épisiotomies pratiquées sans information : on met la personne devant le fait accompli.
- Il y a aussi une conception très technicienne, très productiviste de la sécurité au détriment de ce qu'on appelle une sécurité globale, à la fois une sécurité médicale et une sécurité affective.

En résumé, on a constaté un certain nombre de manquements au respect de la personne portant atteinte aux droits du citoyen.

Enfin, sur le plan des pratiques, on constate

- une prédominance de la technique au détriment des conditions de la physiologie ;
- de réelles performances médicales amènent au développement de techniques invasives augmentant les effets collatéraux, les risques iatrogènes, les risques de mort fœtale, et les séquelles lourdes.
- Une responsabilité limitée des praticiens en milieu hospitalier : responsabilité décennale qui est transférée à l'établissement et qui peut dans les cas graves, les cas pénaux, être transférée sur la personne. Mais sur la responsabilité civile, c'est la responsabilité collective de l'établissement.
- un réel succès de publications privées qui nous apportent un certain nombre d'informations, un certain nombre d'indicateurs : le Point, lorsqu'il publie ses classements multiplie ses tirages par 3 ou 4. Il faut souligner que c'est à nos yeux anormal que l'information sur l'activité et les performances des établissements de soin en France soit le fait d'initiatives privées.

Le succès de ces initiatives atteste cependant d'une exigence de qualité de la part des usagers.

Enfin une chose à laquelle on tient beaucoup : un acte médical c'est le déploiement d'un geste technique dans le cadre d'une relation humaine ; or, on constate souvent – pas toujours – un déséquilibre en faveur de l'acte technique, la relation humaine étant souvent sacrifiée. Nous demandons un retour vers l'authenticité de la relation médicale dans le but de créer un climat de confiance.

Pour résumer, on défend les valeurs citoyennes dans le but de restaurer ce climat de confiance ; cinq grands principes :

- **la transparence** sur les pratiques, sur les coûts, sur les performances, sur les indicateurs, ça par une agence réellement pluridisciplinaire, pluripartite ; une information grand public libre et indépendante aidée par la levée de certains freins institutionnels
- Deuxième demande importante en termes de **sécurité sanitaire** : développer réellement une politique de prévention active et pas seulement déclarative ; appliquer le principe de précaution : ne pas faire ce qu'on ne connaît pas (par exemple, ne pas utiliser le cytotec dans le cas de déclenchement, il n'y a pas d'études, pas d'AMM, mais c'est pratique, donc on utilise) ; maîtriser la chaîne sanitaire (théorie, pratique, formation) et surtout responsabiliser les intervenants aux risques iatrogènes.
- Une attente en termes de **qualité** : revoir l'évaluation selon des critères qualitatifs et non plus quantitatifs, créer réellement une démarche d'assurance qualité, appuyée sur des principes : il y a des principes qui ne sont pas toujours appliqués, notamment le principe de rétroaction. Je pourrais vous citer des exemples dans lesquels la rétroaction ne joue pas : on produit quelque chose mais il n'y a pas de mécanismes permettant de voir les conséquences et si c'était judicieux ou pas. Il y a aussi les critères de qualification : les professions médicales sont aujourd'hui recrutées essentiellement sur des critères scientifiques et mathématiques, or on rêve peut-être de pouvoir trouver demain un médecin philosophe ou humaniste.
- Quatrième valeur que l'on défend c'est celle de **respect** : primauté de l'information, du consentement éclairé, prise en charge de la douleur induite ou non, actualisation de protocoles en fonction des données scientifiques, accès au dossier médical et à l'information concernant sa santé, et enfin défendre les libertés, ce n'est pas seulement nos libertés, c'est aussi les vôtres, parce que entre les sages-femmes et les femmes, il y a un même intérêt objectif à défendre les libertés, au travers de vos libertés, on pourra retrouver les nôtres.
- Dernière chose, l'authenticité, c'est préserver et promouvoir les relations humaines, changer de langage, change d'attitude, de comportement parfois ; respect des projets de vie et reconnaître les victimes. C'est une condition importante - j'en parle d'autant plus que je viens du milieu du contentieux médical - beaucoup de gens agissent pour être reconnus et non pas pour l'argent ; ils cherchent la reconnaissance de leur situation ; car si l'erreur est humaine, la réparation, elle aussi est humaine.

Qui sommes nous ?

Un **collectif d'associations** qui n'avons pas de statut juridique et nous fonctionnons à partir d'une charge qui définit nos valeurs et à partir d'une convention qui définit nos règles de travail. On est aujourd'hui 132 associations.

On a un **fonctionnement transparent** et on essaie d'être le plus **démocratique** possible, on s'appuie sur la transparence de l'information, tout ce qu'on fait, dit et écrit est en ligne, disponible sur Internet. On est une association legaliste, on s'appuie sur la loi, toute la loi, rien que la loi.

On a une **démarche scientifique** : avant de prendre une position officielle sur un problème technique, on s'appuie sur les données scientifiques, il y a un moteur de recherche qui a été mis en place par une des associations qui s'appellent l'AFAR dont le monsieur derrière moi

est responsable ; c'est très efficace, cela nous permet de déposer des demandes de recommandations auprès de l'ANAES et on fournit l'ensemble de la bibliographie sur le thème.

Une règle de notre fonctionnement : nous n'avons aucune attache ni philosophique, ni politique, ni religieuse, ni syndicale ; on souhaite par dessus tout rester indépendants.

Nous avons créé un **groupe d'experts** qu'on appelle groupe de réflexion et de conseil qui regroupent des institutions, des personnes morales, il y a la revue Prescrire, la revue Que Choisir, l'IRDES, le CREGAS, etc., ou des personnes physiques, des professionnels comme Gérard Bréart, Michel Naiditch. Une des clauses du CIANE c'est qu'il ne peut y avoir d'associations d'usagers dirigées par des professionnels, c'est un mouvement majoritairement non professionnel, par contre, on a une forte sympathie de certains professionnels et pour ne pas se couper de leur sympathie et de leur aide, on a créé ce groupe.

Structurer, représenter, être une force de proposition, ça c'est important, c'est facile de critiquer, c'est mieux de proposer quelque chose. Informer à tous les niveaux, en interne, en externe.

Responsabiliser à la fois les patients, les membres, mais aussi chercher à responsabiliser à l'extérieur.

Et enfin **défendre** les droits. On a défini ensemble des projets communs qu'on appelle sujets de consensus et on a huit sujets qui intéressent tout le monde. Le CIANE est un organe d'action et pas un organe de réflexion : la réflexion reste dans les associations. On a ces sujets là en commun. Certains ont abouti, comme le dossier épisiotomie, peut-être pas à la hauteur de nos espérances, mais il a abouti. Plan périnatalité, Démarche label etc. etc.

BERNARD BEL

Le lancement du label, c'est un projet qui a pas mal avancé mais qui est un peu en stand-by ; c'est un des problèmes du CIANE, c'est que quand il n'y a pas assez de personnes disponibles sur un projet, il reste sur l'étagère. Il continue au plan international, car il est relié avec un projet de la coalition internationale pour des usagers de maternité, CIMS, qui travaille sur un label *Mother-Baby Friendly*, englobant *Amis des Bébés* et ce que nous avons appelé *Naissance Respectée*. En ce moment, ils sont en train de pousser leur projet, auquel on a participé aussi, au plan international : UNICEF, OMS etc. Nous, on ne peut pas se déplacer, on n'a pas d'argent, on n'a pas de temps. Je suis un peu le correspondant étant bilingue. Le projet de label *Naissance Respectée* sera sans doute le thème de la semaine mondiale de l'accouchement respecté en mai prochain. On a déjà décidé de cela avec des partenaires étrangers ; mais c'est le genre de choses qui sont un peu à la traîne : c'est le problème de CIANE , il y a des choses qui restent en plan tant qu'il n'y a pas des gens qui donnent une impulsion.

GILLES GAEBEL

J'espère qu'on va pouvoir en rajouter un bientôt, ça dépend de vous, c'est le dossier « maison de naissance », que l'on avait inscrit au programme, mais suite au découragement du groupe national maison de naissance, on l'avait enlevé... On ne l'a pas perdu de vue,

puisqu'on participe à une commission au niveau de la DGS sur le référentiel d'expérimentation des maisons de naissance.

Ensuite, vous voyez les gens actifs, on essaie de se répartir les activités. On essaie d'avoir une action auprès des professionnels et au niveau institutionnel ; on a été assez faible sur les contacts politiques, et c'est peut-être une chose à développer, et vis-à-vis des médias.

STÉPHANIE GRANGEMARD ?, SAGE-FEMME

Le CIANE a-t-il une reconnaissance nationale pour qu'une association qui y adhère puisse proposer une personne pour la représentation des usagers au sein d'un CA d'hôpital ? Est-il agréé ?

BERNARD BEL

Le CIANE n'a pas aujourd'hui de statut juridique. Si vous avez des représentants du CIANE à la Haute Autorité de Santé et ailleurs, c'est a-légal, mais à partir de janvier 2007, il faudra que les associations dont sont issus les représentants soient agréées. Un des premiers objectifs du CIANE : on n'a plus le choix, il faut qu'on se constitue en association, autrement dit en fédération, et qu'on se fasse agréer au plan national de telle sorte que toutes les associations puissent envoyer des délégués dans les commissions nationales, régionales, locales. Il y a eu longtemps une discussion sur l'intérêt d'être une association : j'aimais bien le fonctionnement initial, sans hiérarchie, tout circule. Au bout de trois ans, on arrive aux limites de ce fonctionnement.

ANNE DUSART

Si le CIANE se constitue en fédération et a l'agrément, ça peut faciliter les choses pour être représentant au niveau national, mais ça n'empêche pas l'agrément local des associations. Beaucoup de personnes nous demandaient d'adhérer au CIANE, pour le moment, ce n'est pas fait pour des adhésions individuelles ; c'est fait pour des associations aient un lieu-ressource, un lieu d'échanges, à la fois banque de données, forum d'échange, lieu d'appuis très riche pour les associations, et puis, ils ont leur enracinement, leur terrain local. Pour ce qui concerne la participation au Comité Régional de la Naissance, au CRU, au réseaux régionaux, c'est un agrément local. Cela suppose que les personnes intéressées aient, créent, s'affilient à une association existante... Une association existante peut demander l'agrément.

CLAUDE DIDIERJEAN-JOUVEAU

La date butoir de janvier me paraît illusoire. La Leche League a déposé le dossier en juin et on nous a dit qu'on aurait la réponse dans les 6 mois, dans les délais effectivement ; mais celles qui n'ont pas encore déposé de dossier... Tous les représentants d'utilisateur actuels ne vont pas être mis dehors en janvier. Mais il faut déposer.

GILLES GAEBEL

Une commission nationale a été mise en place, mais elle a des moyens limités, elle ne pourra pas statuer en quelques mois sur les milliers d'associations qui existent en France.

CLAUDE DIDIERJEAN-JOUVEAU

C'est un dossier assez lourd. On y a passé pas mal de temps.

MICHEL NAIDITCH

Est-ce que si le CIANE a l'agrément, une association adhérente au CIANE a-t-elle besoin de demander l'agrément pour être reconnue comme une association pouvant représenter les usagers ?

GILLES GAEBEL

Non, sauf s'il s'agit de délégations régionales, c'est-à-dire d'associations nationales ayant des sous associations locales... Je ne crois pas

FRANÇOISE BAS

Les personnes ne peuvent pas adhérer au CIANE, mais elles peuvent adhérer à une association membre comme une association familiale. Or les associations familiales sont reconnues depuis 1945 pour représenter les usagers, donc on a une place de droit. Ce n'est pas pour « vendre ma camelote », j'ai vu des dames qui disent « je vais faire une petite association », si elles adhèrent aux associations familiales, elles auront automatiquement la possibilité de représenter les usagers.

BERNARD BEL

Familles de France, que vous représentez, représente le plus grand nombre d'usagers au sein du CIANE (100 000 adhérents).

FRANÇOISE BAS

Ce qui est important, c'est qu'on est présents à tous les niveaux, local, régional, national ; et on a besoin de personnes motivées... On vieillit... On a besoin de personnes pour faire passer des idées ; et si vous voulez faire passer vos idées, il faut venir.

MADELEINE AKRICH

Une phrase énigmatique : le CIANE est un lieu d'action, pas de réflexion ?

GILLES GAEBEL

Le fait que l'on travaille sur des sujets de consensus – nos moyens sont limités, on ne peut pas se disperser – on est obligés de définir des sujets de consensus sur lesquels on va travailler tous ensemble. La réflexion, si on est d'accord, elle est faite. On va réfléchir sur la stratégie, et puis on va agir. Le but c'est d'agir. On va agiter le projet de maison de naissance et on va y aller par tous les moyens, légaux bien sûr. C'est le but du CIANE, agir, agir sur les structures, sur les mentalités...

BERNARD BEL

Je dirais qu'on fait de la recherche-action ou de l'action-recherche.

UNE INTERVENANTE DU PUBLIC

Tout à l'heure, vous avez parlé politique pour dire que vous n'aviez pas pu trop le développer. On a dit que la maison de naissance, c'était la priorité n°1. Est-ce que ce n'est pas là vraiment la priorité ? Passer à la vitesse supérieure et voir ce que l'on peut faire au niveau politique.

BERNARD BEL

Notamment en période électorale...

MICHEL NAIDITCH

Gilles Gaebel vous a parlé du CIANE. Je vais dire des choses désagréables, mon analyse tant du point de vue du CIANE, que de celui de la situation des sages-femmes en tant que groupe professionnel, et je vais essayer de dire comment à partir de cette situation qui n'est pas bonne on peut agir politiquement, stratégiquement et comment le CIANE et les sages-femmes peuvent s'allier pour cela.

Le CIANE est un conglomérat d'associations ; en 2003 lors de la constitution, une forte dynamique usagers (loi du 4 mars 2002 dans la foulée), une crise des professionnels dominants : grandes grèves, « on court à notre perte », une action revendicative très forte du mouvement des sages-femmes avec l'action et la coordination qui a abouti à ce que le P1 vous soit accordé. Donc une dynamique très positive.

Aujourd'hui, le contexte est beaucoup moins favorable : je vais vous dire ce que Madeleine Akrich a raconté dans son papier d'analyse du CIANE d'une façon très dure : je n'ai pas beaucoup de temps :

- Il y a une crise du militantisme, on a tous des difficultés à renouveler les effectifs
- Difficultés à trouver des militants prêts à s'investir au niveau national : cela a été dit hier, il faut développer des formes d'expertise qui sont très longues à développer
- Il n'y a pas de vrai lien entre les associations locales et les personnes qui parlent au nom du CIANE au niveau national. Les relations se font difficilement. Du coup, les personnes au niveau local ont l'impression ce qui se trame au niveau national ce n'est pas leur histoire et inversement les gens qui sont au niveau national – malgré tous les efforts qu'ils font, parce que ce sont des citoyens démocrates, pour essayer de porter les missions et les objectifs des associations locales, n'y arrivent pas toujours.
- Il n'y a une crise de la gouvernance liée à la structuration du CIANE comme un collectif, sans structure juridique, sans programme, puisque les gens se sont réunis sur la base de la charte et de la convention de fonctionnement. Il n'y avait pas propositions, ce n'est pas une charte programmatique. Ce n'est pas une critique, c'est l'histoire. Du coup, chaque représentant qui est amené à investir des groupes avec des professionnels pour quelque raison que ce soit, et pour faire des travaux de

nature assez différente (au niveau de la HAS sur les protocoles de soin, au niveau de la CRN sur la mise en place des réseaux, au niveau national sur la mise en place de l'expérimentation des maisons de naissance) ne se sentent porteurs d'un projet et n'ont pas de mandat clair pour défendre leur position de représentant des usagers.

Je noircis le tableau...

Du côté des sages-femmes, ce n'est pas beaucoup mieux. Il y a une perte de la mobilisation : aujourd'hui, vous n'allez pas mettre les sages-femmes dans la rue sur un sujet ; ce serait bien que ce soit sur les maisons de naissance mais elles ne se mobiliseront pas là dessus, et on ne voit pas sur quoi elles vont se mobiliser. (Rires : « Le fric ! »)

Il y a une absence de perspective politique claire qui est liée en partie à la faiblesse au niveau interne et au niveau externe – c'est-à-dire dans la manière de fonctionner et dans la manière de représenter effectivement le groupe professionnel – des institutions en charge de le représenter, c'est-à-dire le conseil de l'ordre et les syndicats. Ça ne veut pas dire qu'ils ne travaillent pas, cela veut dire qu'ils n'arrivent pas à relayer ce qu'ils font en interne vers l'extérieur. Actuellement la formation : l'enjeu pour les sages-femmes c'est que dans le cadre de la réforme des universités, elles se voient accorder le niveau master : bac + 5. C'est en train de se faire. Quels sont ceux ici qui considèrent que la priorité pour agir c'est la formation ? Je ne suis pas sûr que la formation sortirait en n°1 et pourtant je pense que cela devrait être le n°1 pour des raisons que je ne vais pas développer.

Il y a une tendance, en l'absence de ligne politique claire, à la multiplication d'initiatives locales hyper intéressantes la plupart du temps et qui consistent à faire en sorte que les sages-femmes essaient de construire des projets (comme les maisons de naissance) dans lesquels elles pourraient développer un activité en toute autonomie en étant en apesanteur institutionnelle, mais en ayant la possibilité de travailler comme elles le souhaitent. Et il y en a des floppées. C'est pour cela que quand je dis qu'il n'y a pas de dynamique mobilisatrice, cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas dynamique au sein même du corps des sages-femmes, mais c'est une dynamique fragmentée et dispersée. Et moins il y a de ligne politique, et plus cette dispersion, créative en elle-même, risque au contraire de vous empêcher de vous fédérer sur un thème commun.

J'y arrive : en gros, il y a les professionnels qui dictent leur vision de la périnatalité à une administration qui comme toute construit sa vision de la périnatalité en fonction de ce que disent les professionnels dominants : c'est comme ça dans tous les pays, mais beaucoup plus fort en France, pour raison simple, l'État jacobin et la convergence entre les élites universitaires professionnelles et les élites administratives qui n'existe pas aussi fortement que dans les autres pays dans lesquels il y a une société civile organisée extrêmement forte qui sert de tampon entre les deux.

Vous êtes deux groupes dominés : nous les usagers, les malades qui se commencent à se révolter depuis 10 ans, et vous les sages-femmes dominées par les obstétriciens, mais ils sont porteurs en fait – tout ce qu'on a entendu dans ces États Généraux le montre – d'une vision assez proche et d'intérêts convergents. Il faut donc qu'ils engagent une démarche commune – cela me paraît une nécessité – ce qui ne veut pas dire qu'il ne faut pas qu'ils trouvent des alliances du côté des professionnels dominants, et cela va être un des objectifs de votre stratégie, et vous en avez certainement qui permettent de faire avancer des projets communs. Il me semble – et cela a été dit déjà – que le CIANE est celui qui est le plus à même de prendre des initiatives dans ce sens ; les sages-femmes qui travaillent dans les

projets de maisons de naissance sont convaincues de ça : sans les usagers, sans le CIANE, elles ne parviendront pas à faire démarrer cette expérimentation.

Le choix des actions communes doit être fait en fonction de deux critères – je reprends ce que tu as dit – il faut que le maximum d’associations se retrouvent dans ces axes prioritaires, mais si je regarde les axes prioritaires que Gilles a cité, je n’en vois aucun – quel que soit leur intérêt propre – qui permette que le système périnatal bascule et se transforme. Je n’en vois aucun qui porte les prémices de ça. Il faut donc constituer des axes d’action dans lesquels un maximum d’associations se retrouvent et les sages-femmes se retrouvent. Un des axes prioritaires – pour les sages-femmes, c’est la formation, l’un des autres – et l’autre, à mon avis, qui peut faire basculer la situation de la périnatalité – je l’ai dit au cours de l’atelier sur les maisons de naissance — c’est l’expérimentation maisons de naissance. Parce qu’elle est capable d’infléchir la logique du système périnatal actuel dans une direction qui est exactement celle que vous souhaitez. J’ai résumé la charte du CIANE à ma manière : c’est ça vos objectifs à l’intérieur du CIANE :

- le système périnatal s’adapte de façon à répondre à l’ensemble des attentes des couples
- le risque médical n’est plus l’unique déterminant de l’ensemble de l’organisation
- la physiologie et la qualité des relations humaines retrouvent leur place
- l’autonomie des parents et leur projet de naissance sont au cœur de son organisation.

Si on regarde en gros, c’est cela, pour moi, qui vous fédère : et donc quelque part, la maison de naissance est un des moyens de faire en sorte que chacun des quatre axes là soit réuni. A mon avis, si ce projet là échoue, vous allez prendre beaucoup de retard. Et si ça marche, vous aurez un socle commun effectivement pour à partir de là continuer à avancer.

J’ai fini : la fenêtre des élections, c’est une opportunité pour ouvrir un débat public avec les politiques, pour rechercher des alliés dans les groupes professionnels qui sont les groupes professionnels dominants, et vous avez des alliés à trouvés, et il y en a, s’allier à d’autres segments de la société civile – il y a effectivement d’autres segments qui pourraient se réunir autour de votre combat ; les associations familiales sont dans le CIANE, mais quelque part, elles pourraient porter un tel projet, parce qu’à mon avis, cela répond complètement à ce qui est de leur mission. Et puis soutenir les sages-femmes dans leur combat : cela va être difficile aujourd’hui parce que les changements à la tête du conseil de l’ordre ne poussent pas l’optimisme. Mais cela ne fait rien : il faut y aller. Merci (applaudissements)

DANIEL LYPSZIC

Pour moi qui suis de l’ancien monde, tout partait et part encore dans ma vocation de la préparation à la naissance, et donc de la prévention/prophylaxie de ce qui va se passer et que votre projet d’action, s’il ne repose pas sur une volonté permanente d’appliquer ce qui est prévu et qui n’est plus réalisé, puisse devenir efficace dans ce pays. Deuxième point : vous devez compter essentiellement sur ce que vous appelez – d’un mot que je n’aime pas tellement parce que je trouve qu’il a une connotation commerciale – les usagers. Troisième chose : pourquoi tout d’un coup, vous êtes-vous épris de l’épisiotomie alors que l’on fait près de 20 à 25% de césariennes dans ce pays, qu’on fait presque 30 à 40% de déclenchements dans ce pays, que l’on fait une application de forceps, de ventouses dans ce pays d’une

manière considérable qui sont au moins aussi graves et dangereux pour ce que signifie la naissance. S'il y a des choses que je ne comprends dans son plan là, c'est que l'on ne s'adresse qu'à l'épisiotomie (Bernard Bel : « Non... »)

Comment peut-on accepter de la part des obstétriciens, des pédiatres que quelque chose ne se mette pas dans ce pays contre cette situation-là : une césarienne pour 4 accouchements ? D'une manière générale, on a transformé le public dans une situation d'acceptation du risque médical qui fait qu'il pense qu'il est normal qu'on accouche comme ça. Et c'est la gravité du phénomène. Les gens acceptent que la sécurité devienne le phénomène dominant de leur vie de future mère, de mère et de couple.

Et ça c'est une anomalie culturelle qui fait que la démocratie de la naissance a échappé aux gens pour être remplacée par une volonté politique du corps médical en tête, suivi par des politiques (députés, gouvernements successifs), et je voudrais trouver dans le CIANE ce genre de recherches. Parce que je trouve que tout ce qui a été dit sur les maisons de naissance est intéressant, mais c'est reproductible pour les 700 000 femmes qui accouchent dans ce pays. Ce qui m'a toujours intéressé dans ma vocation, c'est : comment m'occuper de ces 700 000 femmes, ; même s'il y en a 3000 qui trouvent une solution, ça ne me suffisait pas. Et je trouve que plus ça va, moins nos femmes ont des chances d'être prises en considération ; moins il y en a qui peuvent avoir – je ne dirais pas un accouchement « réussi » parce que ça, on peut y arriver — mais qui représente culturellement la transmission de quelque chose qui est en notre pouvoir, c'est-à-dire d'être des êtres humains.

(Applaudissements)

BERNARD BEL

Au niveau de l'épisiotomie, je voudrais préciser que ce n'est pas ça le problème, on n'a pas d'atelier épisiotomie justement parce que pour le CIANE, le problème est réglé, on a abouti à cette RPC, recommandation de pratiques professionnelles dont on est relativement satisfait. On continue à se battre sur le plan juridique en association (pas au niveau CIANE, au niveau associatif) – il y a des procès en cours – donc ce n'est plus une question du CIANE. Pour nous, il y a trois ans, tirer le fil « épisiotomie », c'était dérouler la pelote parce que quand on commençait à parler d'épisiotomie, on parlait de déchirure, donc de position etc. et toutes nos semaines mondiales ont été conçues comme un moyen de dérouler la pelote. C'est un moyen, il fallait partir de quelque chose.

DANIEL LYPSZIC

C'était une provocation...

INTERVENTION D'UNE SAGE-FEMME IMPLIQUÉE DANS LE PROJET DE MAISON DE NAISSANCE DES BLUETS

Je voudrais saluer la pertinence et le côté brillant de la démonstration de Michel, rajouter juste un petit point : je pense qu'il a raison, mais qu'il manque la grande faille de la médicalisation actuelle en Occident, et c'est là dessus qu'il faut s'appuyer, c'est fédérateur et ça fédère non seulement les usagers, les parents, ceux qui subissent la dégradation de la prise en charge de la naissance en France depuis maintenant 10 ans et les professionnels

dans leur ensemble, parce que les obstétriciens et les gynécologues qui sont en ville ou dans le public souffrent actuellement dans l'exercice de leur profession, même chose pour les sages-femmes, même chose pour les puéricultrices, même chose pour les pédiatres... Quand je disais tout à l'heure que c'est un combat politique, c'est un combat : quand une de mes collègues est traînée devant les tribunaux ou bien qu'une autre est accusée de déviance sectaire ou bien qu'une autre est dans l'interdiction d'exercer de fait c'est qu'on est déjà dans un niveau grave de guerre dans la périnatalité. Et je pense que la démonstration dans un premier temps de façon générale et médiatique de la défaillance du système actuel. C'est là dessus qu'on va pouvoir baser nos propositions et nos changements. (Applaudissements)

INTERVENANT PUBLIC

Vous parliez de déclenchement, de césarienne, de plein de choses qui touchent évidemment les femmes. Ce sont des choses qui touchent aussi les bébés. C'est très important. Car un des points sur lesquels on peut vraiment s'appuyer c'est la prise en compte des bébés. Il y a une université aux États Unis qui travaille depuis longtemps, qui a eu l'intelligence de créer un doctorat, sur cette vie des bébés et ce qui se passe à la naissance, et ils ont découvert une chose très importante, c'est la maltraitance des bébés à la naissance. Et s'il y a un axe fédérateur sur lequel on peut s'appuyer c'est ça. Car actuellement, depuis des décennies, il y a une maltraitance organisée sur les bébés à la naissance qui a une répercussion très très grave. Et si on peut s'organiser sur un axe fédérateur, c'est bien celui-là ; les maternités, les actes techniques que nous avons développés depuis une 40aine ou une 50aine d'années et plus, les premiers préjudiciables ce sont les enfants qui naissent, totalement dépourvus pour se défendre. C'est une maltraitance gratuite et pure qu'il faut arrêter.

CLAUDE-EMILE TOURNÉ

Je voudrais intervenir sur la stratégie à la suite de l'intervention de M. Naiditch qui me paraît extrêmement pertinente, je voudrais rajouter du point de vue de la stratégie et de la tactique deux petites choses qui me paraissent importantes ; on a beaucoup rendu hommage à Max Ploquin pendant ces EGN et on avait bien raison. Quelques dinosaures comme Daniel Lypzic ou moi-même dans une moindre mesure sommes là pour témoigner que ce combat il n'est pas d'hier. Je voudrais rendre hommage à un média qui a été le porteur depuis plus de 30 ans de toutes les interventions de toutes les réflexions, de toutes les opinions alternatives, de tous ceux qui ont eu des difficultés, des projets, et de tous ceux qui ont quelque chose à dire sur la naissance ; ils ont trouvé la possibilité de l'exprimer dans les Dossiers de l'Obstétrique, et je voudrais qu'on rappelle cela ; c'est un moyen dont on sait qu'il a été fidèle jusqu'à maintenant et qu'il continuera à l'être. (Applaudissements)

Deuxième point : nous n'avons dans les EGN les représentants des professionnels dominants ; il y a quelque individus ; ça a été un concours de circonstances, la chose n'était pas voulue au départ. Il vaut mieux quand même être attentifs au fait qu'ils puissent être présents. Il est dommage que le CNGOF ne participe pas, parce qu'il est dommage qu'il n'ait pas pu entendre ce qui s'est dit ici... J'ai été à l'intérieur de cet organisme un peu bizarre le porte-parole pendant très longtemps où l'on me donnait la parole en disant : « Tiens, Tourné va raconter sa petite histoire » et j'étais celui qui racontait que si on écoutait un peu la demande des usagers, on n'aurait pas certaines dérives et certains problèmes au niveau de la périnatalité.

INTERVENANTE PUBLIC

Quand vous dites que la formation est une priorité pour les sages-femmes, depuis l'obtention de la première année de médecine, moi les étudiants en médecine je les vois, parce que je travaille à l'université d'Orsay, je discute avec des jeunes sages-femmes qui sortent de leur école, et qui me disent qu'elles sont incapables de faire un accouchement physiologique... Je me pose la question : si la formation est une priorité, il faudrait peut-être se poser la question de Quelle formation ? (Applaudissements)

CÉCILE LOUP

Je réponds brièvement au monsieur qui disait que nous devrions nous fédérer autour de la naissance des bébés. Il y a une dimension que vous ne voyez pas du tout, c'est que les femmes, pour protéger leur bébé, vous les feriez accoucher pendues au plafond par les pieds. Vous ne comprenez pas que c'est ça le piège, c'est comme ça qu'on tient les femmes, on leur fait faire n'importe quoi aux femmes pour protéger leur bébé. Donc ce qui doit fédérer c'est le respect de la vie de tous et de chacun, ce n'est pas seulement les bébés, ce n'est pas seulement les femmes, ce n'est pas seulement les pères, ce n'est pas seulement les sages-femmes, ce n'est pas seulement les médecins, tout le monde a le droit au respect ; c'est une dynamique d'ensemble, le respect.

MICHEL NAIDITCH

Ces questions sont extrêmement difficiles sauf pour les médecins qui eux sont habitués à ça, de faire passer – je vais le dire d'une manière malhabile – les bonnes volontés des gens dans leur désir que les choses changent à une analyse politique de la situation qui fait que ces choses pourraient effectivement changer. Ces choses ne pourront pas changer seulement en focalisant sur un certain nombre de pratiques professionnelles – il faut le faire et le CIANE le fait ; je n'ai pas dit que le seul axe stratégique du CIANE devrait être le soutien aux maisons de naissance ; je considère que le travail sur la liste des actions de consensus, ce travail-là est fondamental ; le travail au sein de la HAS pour modifier les normes professionnelles, pour faire en sorte qu'un certain nombre de thèmes soient traités par la HAS qui ne seraient pas traités dans les saisines du CIANE, qu'il y ait un regard nouveau qui se porte sur : « quelles sont les pratiques d'accouchement dans les grossesses "bas risque", comme les qualifient les professionnels ? Pourquoi faisons-nous différemment des autres pays ? » c'est fondamental. En obligeant les professionnels à faire ça, on avance considérablement.

Mais ça n'est pas simplement en changeant les normes professionnelles qu'on fait évoluer le système. Pour faire évoluer le système, nécessairement il faut modifier les lignes de démarcation qui séparent les professionnels dominants des autres, et la seule chose que j'ai dite, c'est que les maisons de naissance offrent la possibilité à l'ensemble des associations de mener leur combat sur leurs missions respectives, parce que dans la maison de naissance, ils vont trouver les conditions de développer leurs propres actions et les sages-femmes peuvent y trouver l'occasion de s'y construire, à terme, en vingt ans... 20 ans pour changer le transfert des bébés du post natal en anténatal, donc au moins 25 ans pour se construire comme une profession véritablement autonome ; mais là vous avez un instrument et c'est un instrument qui vous a été par opportunité offert par l'État au travers de cette expérimentation, donc il faut s'en saisir.

BERNARD BEL

Je voudrais dire que je suis très content que Michel précise les maisons de naissance ne sont pas la seule stratégie proposée, et je vais aller dans son sens aussi en disant que, depuis quelques mois, ce dont je me rends compte c'est ce qui est important c'est qu'il faut qu'on développe plus de passerelles entre usagers et professionnels, notamment les sages-femmes. D'ailleurs, j'ai participé à la Journées ages-femmes en février, j'étais invité par le Collège, j'étais très heureux justement qu'il y ait cette passerelle qui soit établie. Aujourd'hui les choses sont un peu plus confuses avec les dirigeants de ces instances : ce sont des questions de personnes et d'erreurs stratégiques, mais c'est pas grave. Pour nous, c'est important d'articuler notre action du côté des sages-femmes et des médecins, enfin des professionnels, et le but des EGN c'est ça au départ, arriver à discuter ensemble.

Deuxième point : l'idée maisons de naissance est intéressante pour moi à condition qu'on soit clair sur les appellations, et je crois que vous en avez parlé dans l'atelier précédent. Je trouve cela intéressant du point de vue stratégique, aussi par comparaison avec ce qui s'est fait en écologie, en particulier en Allemagne, il y a 30 ou 40 ans quand des Allemands ont refusé la construction de centrales nucléaires. Les militants ont dit : c'est bien de refuser le nucléaire, mais il faudrait montrer ce qu'on peut faire à la place. Ils ont travaillé 30 ans, notamment dans la ville de Fribourg où c'est exemplaire, à mettre en place tout un nouveau projet d'urbanisme, d'énergies alternatives etc. qui est remarquable. J'ai vu un exposé détaillé à Ecofestival et c'est vraiment très intéressant... Donc les maisons de naissance, ça peut être un peu le projet alternatif, j'aime pas trop le mot, « innovant », disons, sur lequel on peut arriver à travailler en positif et pas uniquement dans la dénonciation.

ANNE DUSART

Un élément de complément. Moi aussi j'apprécie beaucoup l'analyse que nous propose Michel Naiditch ; je pense qu'au démarrage du CIANE on n'avait pas beaucoup de stratégie sinon l'idée de fédérer tout le monde pour unir nos forces, mais pas beaucoup de choses sur des priorités et on a un peu saisi des opportunités, saisi des bonnes volontés, saisi et que c'était un bon boulot et j'en suis ravie.

Mais je pense que cela peut aussi contribuer à l'essoufflement et je me sens d'autant plus bien et mal placée que, ayant fait partie des membres fondatrices du CIANE, j'en suis actuellement un peu découragée, non pas parce que l'évolution actuelle du CIANE ne me conviendrait pas, mais parce que mes forces n'y suffisent pas. Et je crains que l'abord par les pratiques, aussi passionnant soit-il, génère aussi cet effet d'épuisement parce qu'après l'épisiotomie, il y a le déclenchement, après le déclenchement, il y a... la liste des thèmes paraît tellement étendue, il y a tant de boulot à faire, les problèmes étant connectés les uns aux autres, on a l'impression que c'est un chantier éternel, un vrai tonneau de Danaïdes.

Alors que, quand on prend les problèmes sous l'angle de l'organisation de la périnatalité, qui est un problème un peu plus abstrait, un peu plus ingrat, qui suppose en terme d'expertise quelque chose de complexe pour lequel on a bien besoin d'être aidé. D'ailleurs, tout à l'heure, on a dit qu'il y a des experts, des professionnels qui aident le CIANE, je voulais simplement rappeler – parce qu'on a tendance à entendre derrière professionnels des gynécos, des médecins – que, en accord avec le fait que le CIANE essaie de rompre avec une approche exclusivement médicale de la naissance, ces professionnels sont aussi des juristes, des sociologues, des économistes, des historiens, des épidémiologues, des médecins de santé publique aussi. C'est là dessus qu'on a une autre expertise à développer

en appui sur leurs compétences pour y voir plus clair sur quels sont les enjeux actuels de la périnatalité, sur quels leviers on peut agir et c'est vrai que c'est un sujet à la fois plus dur presque que celui des pratiques, mais en même temps, peut-être plus mobilisateur d'une certaine façon, parce qu'il n'est pas infini.

Et il peut à partir de l'objet concret des maisons de naissance rejoindre les pratiques – puisqu'il va bien falloir discuter des pratiques qui s'y mettent en œuvre – mais aussi l'organisation, et ouvrir cette gamme de choix que l'on souhaite tant et si les maisons de naissance faisaient leurs preuves, cela ouvre aussi à des transformations des maternités de niveau 1, de niveau 2, à l'accouchement à domicile... Cela renouvelle les questions de façon très profonde avec un chantier très positif.

(Applaudissements)

INTERVENANTE PUBLIC

Deux éléments pour poursuivre la réflexion et le débat. Le premier, quand on fait des comparaisons avec l'Allemagne etc., le métier de sage-femme c'est un métier qui devait s'exercer dans la totalité de son art et de ses compétences il y a encore 50 ans : qu'est-ce qui a changé depuis ? La deuxième chose c'est la situation de la femme : ça c'est quelque chose d'extrêmement fédérateur ; un dénominateur commun auquel on est confronté dans la situation de la périnatalité, c'est la dégradation de la situation de la femme, que ce soit économique quand elle travaille et qu'elle est enceinte, que ce soit sa prise en charge médicalisée ou que ce soit du point de vue du respect. Je ne suis pas particulièrement féministe, mais je sens quand même qu'actuellement il y a une vraie dérive autour de ce qu'ont fait aux femmes. (Applaudissements)

INTERVENANTE PUBLIC

Je trouve que le nom du CIANE n'apparaît pas très souvent dans les médias ; il est très actif sur Internet. J'ai quand même l'impression qu'il y a des choses qui bougent dans le mode de la périnatalité autour de postures d'accouchement par exemple et que l'on voit dans les médias et (peu clair en gros : si le CIANE savait mieux être présent là dessus dans les médias, il y aurait plus d'usagers adhérents du CIANE).

MARC PILLLOT, PÉDIATRE

Je voulais rebondir en effet sur plusieurs choses. D'abord sur la souffrance des bébés, j'ai beau être pédiatre, je ne crois pas que ce soit un bon angle, car comme vous le disiez Madame, on pourrait faire faire n'importe quoi aux femmes pour défendre leurs bébés, et il y a une étude sociologique qui a été faite dans le Nord et qui montre que 80% des femmes étaient très contentes qu'il y ait une bonne médicalisation parce que ça les rassurait. L'autre point : les médias sont un point important, on ne peut avoir une bonne stratégie si on se met en opposition avec le monde médical. La naissance c'est aussi autre chose : c'est un phénomène fondateur pour une famille, donc il faut parler au niveau de la philosophie de la famille, c'est aussi un phénomène social et c'est peut-être sur ce plan là qu'il faut ... Les médias peuvent avoir un rôle très important. Moi, j'ai été très choqué, et toute l'équipe de la maternité où je travaille qui a eu un label Ami des Bébé a été extrêmement choquée – j'ai été agressé le lendemain par toute l'équipe des sages-femmes, et des auxiliaires, qui avaient vu sur une grande chaîne toute une série d'émissions qui avaient été faites par un

journaliste très très bien dans un hôpital vitrine de la médecine française à Paris – Robert Debré – où il faisait une caméra qui circulait dans les services. Tant que c'était des services de pédiatrie où il y a de la pathologie, le problème c'est quand on arrive en maternité, les médecins continuent à travailler en maternité comme si c'était une unité de soins. Une maternité ce n'est pas une unité de soins, c'est une unité d'accompagnement ; et en effet, ce bébé qui était là, qui venait de naître il a été pris comme ça, il a été traîné dans un couloir, le papa qui courrait derrière et puis on a été lui faire des soins, la maman se retrouvait toute seule et en effet, là il y a violence, il y a une véritable violence, et quand on connaît tous les travaux anglo-saxons, australiens, nordiques qui montrent que tous nos gestes routiniers que nous faisons sont très agressifs pour les bébés et sont délétères, là il y a un travail à faire au niveau de médias, parce que tant qu'on montre ça comme un accouchement normal personne n'est choqué, il faut vraiment avoir une bonne connaissance de la physiologie pour savoir que ce n'est pas normal. En plus, Robert Debré... Donc, il y a un travail à faire au niveau des journalistes pour faire sentir qu'il y a peut-être autre chose et que cette violence que l'on trouve dans la société et qui nous pose problème maintenant un peu dans tous les domaines, elle commence déjà à la naissance. (Applaudissements)

GILLES GAEBEL

Qu'il y ait une violence, oui, bien sûr, c'est ce qu'on dénonce. On ne critique pas une profession, on ne critique pas des professionnels ; on se bat contre des mauvaises pratiques ; alors que les gens se sentent blessés parce qu'on critique leurs pratiques, c'est leur problème. On n'a rien contre eux, on a besoin d'eux. Mais par contre, on n'a pas besoin de certaines de leurs pratiques. Quant au problème des médias, on n'a pas pu tout faire, on s'est concentré au départ compte tenu des moyens dont on disposait, c'est lourd, l'HAS dont je fais partie, c'est au minimum une journée par mois. Ça fait 12 jours que je prend sur mes congés payés, plus le reste, c'est lourd. On a besoin de bras, on a besoin de bonnes volontés. Et c'est vrai qu'on a été médiocres sur le plan des actions médiatiques et on a été très mauvais sur le plan des actions politiques. Mais je pense qu'il y a parmi nous ici des gens de bonne volonté qui viendront nous aider pour combler ces lacunes.

PAUL CESBRON

Je voudrais revenir sur l'analyse de Michel Naiditch en rappelant que, quand même un des éléments fédérateurs et surtout créateurs d'associations a été la défense des petites maternités. J'étais un peu surpris, Daniel [Lypszic], que tu ne reparles pas de ça, car c'était un de tes chevaux de bataille. La défense des maternités est la source de la création de beaucoup d'associations qui sont ici présentes. Un mot sur la critique des soins : on critique l'épisiotomie, c'était tellement caricatural et le dossier était ficelé, que c'était quand même nécessaire d'intervenir là dessus et ça a été l'occasion d'un débat pour savoir si on passait sur le plan judiciaire, judiciarisation des rapports entre usagers et les praticiens. C'était très important comme choix stratégique, et le choix stratégique a été celui du débat et d'écoute, d'échanges y compris durs, et je félicite le CIANE, à mes yeux, c'est le bon combat. Je suis absolument pacifiste et je savais ce qu'il y avait de redoutable dans la déviance judiciaire qui s'installe comme vous le savez dans notre vie.

Revenons : la critique des soins. Anne Dusart a tout à fait raison : c'est une bataille sans fin, je l'avais dit à propos de l'épisiotomie, ça n'apparaissait pas clairement à beaucoup de professionnels ; l'épisiotomie, de toute façon, la bataille est gagnée, parce que le dossier est tellement gros que quand même ça ne pourra pas durer bien longtemps, même si ça traîne,

et que c'est insupportable que ça traîne aussi longtemps. Mais de toute façon on sera rattrapé par d'autres techniques et la césarienne ne fait que croître depuis que diminuent les épisiotomies. On ne voit pas le rapport de cause à effet entre les deux, pour moi, il est clair. Je pense qu'Anne Dusart a bien fait de souligner que la fuite en avant qui nous était offerte par les professionnels de la critique des soins n'est pas suffisante et ne permet pas de transformer la situation.

Donc Michel Naiditch dit : prenons les maisons de naissance, et je suis tout à fait d'accord, et il dit quelque chose d'essentiel, mais qu'on n'a pas assez souligné. Pourquoi les maisons de naissance ? Outre que les maisons de naissance permettent une transformation des soins, ce qui est fondamental, autrement dit la réponse à la maltraitance hospitalière, je suis désolé, Marc Pillot, mais la maltraitance existe et il faut l'appeler par son nom. Soyons clairs, appelons un chat un chat et Marot un fripon. Moi aussi j'ai fait des erreurs. Soyons clairs.

Maisons de naissance, on se retrouve avec ce qui nous a d'abord motivé, c'est-à-dire quelle est la place de la naissance dans toute société ? Et je suis pour qu'il y ait le maximum de lieux de naissance, qu'ils soient à domicile ou sous la forme des maisons de naissance, parce qu'elle est fondatrice des liens sociaux, ce que Marc Pillot a rappelé et ça me paraît essentiel. Une maternité qui ferme, c'est un appauvrissement culturel pour la société, pour la Cité qui a dû fermer cette maternité, mais l'essentiel – et je rejoins totalement Michel Naiditch – il ne l'a pas dit à mes yeux suffisamment clairement, c'est que la maison de naissance permet, et c'est son objectif, de redonner leur indépendance aux sages-femmes, autrement dit, c'est ça qui est principal.

ANNE DUSART

C'est peut-être plus la condition que l'objectif.

PAUL CESBRON

Autrement dit l'objectif c'est bien l'autonomie des sages-femmes et ainsi...

(Brouhaha avec discussion sur ce qui est premier, sur la place des femmes des sages-femmes)

La maison de naissance est un objet particulièrement intéressant, puisse-t-il permettre l'autonomie des sages-femmes et ainsi la re-création des soins, dans le respect des femmes et des nouveaux-nés ; c'est essentiel. Rappelons que tout notre dispositif qui date de plus d'un siècle est basé sur la prééminence du médecin obstétricien et que la sage-femme a été mise sous tutelle en 1895. C'est donc tout notre dispositif sanitaire en ce qui concerne la naissance qui est à remettre sur pied. Et le remettre sur pied par l'intermédiaire des maisons de naissance est pour moi un excellent objectif et particulièrement fédérateur.

GILLES GAEBEL

Notre sœur aînée, l'AIMS, équivalente au CIANE en Angleterre, lorsqu'elle s'est créée en 1980 a pris comme sujet emblématique l'épisiotomie. Est-ce qu'on a fait du copié-collé, un peu ! mais ce qui nous différencie d'eux, c'est qu'eux ils ont pris l'option stratégie de l'affrontement, et ils ont déclenché des procès, ils ont constitué un fonds d'aide à l'initiative judiciaire pour aider les parents à porter plainte. On peut en discuter de cette méthode, mais

l'Angleterre est passée de 53% d'épisiotomie en 1980 à 12% aujourd'hui, au moins ça a marché. Est-ce que notre démarche va marcher aussi bien à partir de cette RPC sur l'épisiotomie, l'avenir le dira, mais je pense qu'on est arrivé aujourd'hui à la limite de cette stratégie.

On a déposé quatre saisines ; on s'est payé le culot de le faire. Il y a des RPC en ce moment sur le déclenchement, sur l'expression abdominale, sur la grossesse physiologique et sur le dépistage anténatal. Ça vient du mouvement des usagers, validé par les autorités sanitaires du pays. C'est pas un grand résultat, mais sur le plan psychologique c'est pas mal. Les recommandations vont-elles aboutir à des changements importants ? Je n'en suis pas sûr aujourd'hui. J'y ai cru au départ, parce que c'est essentiellement des problèmes culturels qui font blocage, et des problèmes politiques, de pouvoir. Je pense qu'il faudra peut-être passer par d'autres méthodes qui seront peut-être moins élégantes, mais plus efficaces. Mais c'est une question.

INTERVENANTE PUBLIC

J'ai envie de rebondir pour vous faire partager quelque chose parce que ça fait quelques mois que je me suis investie au niveau national pour les sages-femmes et j'ai découvert qu'il y avait des mouvements ??? dans toutes les corporations de sages-femmes et ce qui s'y passait était extrêmement positif. Ma priorité c'est de travailler sur la formation des sages-femmes, mais pour ça, on s'est rendu compte qu'il fallait déjà qu'au niveau de toutes les corporations, on se mette d'accord sur la définition de la sage-femme ; ça nous a pris pas mal de temps, ça nous implique de définir tous les référentiels sages-femmes ; donc s'attaquer à la formation, c'est vraiment s'attaquer à toute la profession, et en ce moment, on essaie de travailler dessus puisqu'une (pas clair) on essaie que ce soit des sages-femmes qui le mettent au point.

MICHEL NAIDITCH

On voit bien que des sociologues des professions vous disent qu'un des critères qui définit une profession autonome, c'est le fait qu'elle contrôle intégralement son cursus de formation ; ce n'est pas un hasard s'il y a toujours – bien que ce soit des sages-femmes qui soient directrices des écoles de formation – un tuteur obstétricien et l'élimination de cette chose, symboliquement, ça ce serait effectivement quelque chose de très important.

Je voulais dire une autre chose : je pense finalement et c'est pour reprendre ce qu'a dit Madeleine Akrich : il y a en quelque sorte trois niveaux d'intervention des associations d'usagers. Il y a une intervention au niveau de normes et je pense que c'est très fondamental non seulement d'y être mais de décider ce que sera l'ordre du jour, sur quoi on va travailler, et d'être capable d'influer sur la nature même et le contenu des recommandations.

Ensuite, il y a le passage de la recommandation à son application ; mais là, vous n'êtes pas les seuls en cause. Ne croyez pas que parce que les médecins ont devant les yeux des recommandations basées sur des évidences qu'ils vont les appliquer nécessairement. Mais c'est tout un pan de la recherche. Il n'y a pas que vous qui pouvez les faire changer. Le deuxième niveau d'expertise c'est quand vous travaillez au niveau de l'organisation du travail de soins, comment le travail de soins, et ça se fait dans l'hôpital, avec les équipes, dans le cadre des projets de service, ou des réseaux, et là on a bien vu hier, mais on a bien vu hier que même dans des cas extraordinaires comme en Bourgogne où un collectif d'usagers a

réussi à construire un point de vue sur la manière dont les gens devraient travailler et sur quoi on devrait se pencher pour évaluer le travail des professionnels, c'est très difficile de mettre ensemble les professionnels qui pour leur part sont très dynamiques et les usagers.

Et puis il y a un troisième niveau, qui est le niveau national, qui est le niveau de l'organisation de soins. Le problème, c'est de tenir toute cette chaîne avec suffisamment d'efficacité et avec suffisamment de monde et de moyens. Mais ce qui est très difficile pour des cliniciens que sont les médecins, les sages-femmes, c'est de voir que toute cette chaîne est totalement liée et que le changement politique, il ne peut se faire que si vous tenez les trois niveaux de cette chaîne.

Or quelque part, ce qu'on cherche à faire c'est à vous épuiser en vous faisant participer à la HAS, aux GT dans les hôpitaux et les réseaux, plus les groupes au niveau ministériel. Donc à un moment donné effectivement, il faut choisir les armes prioritaires.

Dernière chose : aujourd'hui les choses changent, j'ai dressé un tableau sinistre, mais en vérité, dans les établissements, je considère que les pratiques d'accouchement sont en train d'évoluer, incontestablement. Simplement les professionnels changent sans le dire. Ils ne peuvent pas afficher les changements qu'il faut dans leurs établissements parce qu'ils vont contre les normes et les croyances professionnelles, mais il y a des choses qui se font dans ces établissements. Et le fait qu'un certain nombre d'établissements aient dit et aient été les promoteurs d'une action des sages-femmes en faveur d'une maison de naissance, c'est une manière de le montrer. Et puis il y a des professionnels qui sans vous attendre ont changé et, dans leur maternité, ont des pratiques parfaitement respectueuses et humaines des femmes et des enfants. Il faut aussi s'appuyer sur ça, il faut connaître ces gens-là, il faut aller les chercher, il faut les mobiliser. Il y en a un certain nombre ici dans cette salle, il faut qu'il y en ait plus. C'est ça aussi le travail qu'il faut faire, trouver des alliances au niveau des praticiens de terrain aussi bien qu'au niveau des institutions.

BERNARD BEL

Je voudrais rebondir sur ce qu'a dit Michel et soulever quelques autres points : trouver plus de monde pour travailler au CIANE, parce que la plupart des critiques et des autocritiques qu'on a entendues sur le CIANE sont dues au manque en nombre de personnes qui arrivent à investir du temps dans les travaux. Pour moi, la dernière chance de faire vivre le CIANE, de lui donner un nouveau souffle, c'est les États Généraux d'aujourd'hui, c'est-à-dire le fait qu'on est arrivé à rassembler 300 à 400 personnes, c'est pour ça que nous tenons beaucoup concrètement à ce que vous nous laissiez vos coordonnées : votre adresse email, parce que la plupart d'entre vous ont un courrier électronique, parce qu'on n'a pas le temps ni l'argent de vous recontacter par courrier postal. On aura ainsi le moyen de vous recontacter tous, parce qu'on va retravailler avec le matériel qu'on a recueilli ici, qu'on a enregistré, qu'on va retranscrire ; il va y avoir des mois de travail de retranscription, on va tous vous recontacter aussi ; il y a des tas de choses sur lesquelles on va rebondir et on n'a pas eu le temps d'en tirer les conclusions.

Deuxième point : le contact avec les professionnels. Dans l'atelier de ce matin sur les travaux d'étudiants, on a parlé des sages-femmes qui cherchent à faire de la recherche ; je ne l'ai pas dit, mais je voudrais rappeler qu'on a beaucoup de contacts avec des étudiant(e)s sages-femmes qui veulent faire leur mémoire, qui nous demandent de les aider, de leur fournir de la documentation, quelquefois des sujets d'étude ; on les aide tout le temps, et moi — comme mon métier, c'est la communication scientifique — j'insiste pour les étudiantes

sages-femmes déposent leur mémoire dans l'archive HAL. Lucie Deprés a été la première à le faire. J'ai précisé au CCSD que ce travail n'était pas quelque chose d'extérieur, c'est un mémoire universitaire niveau DEA. C'est important au niveau de la signification symbolique au moins : vous avez fait un travail qui vous appartient – vous n'avez pas besoin de l'autorisation de l'école pour cela, une fois qu'il est soutenu : déposez !

Sur la judiciarisation, je voudrais revenir : le CIANE n'avait pas les moyens et n'aura jamais les moyens d'entamer des procédures judiciaires, parce que il représente un grand nombre d'associations. Comment toutes ces associations pourraient-elles se mettre d'accord pour faire un procès ? Impensable... Par contre, dans le CIANE, il y a des associations qui peuvent jouer le rôle de « méchants », par exemple l'AFAR dont je suis secrétaire fait partie des méchants. On veut aider des actions judiciaires, on travaille en relation avec une avocate. Mais je voudrais dire aussi que je reçois beaucoup de dossiers de gens qui voudraient porter plainte et dans 9 cas sur 10, on étudie ce dossier pour répondre aux gens : « Non la plainte n'est pas recevable, il faut que vous obteniez réparation d'une autre façon »... C'est souvent la reconnaissance de l'erreur. Il faut parfois être méchant mais aussi travailler sur la conciliation.

DANIEL LYPszic

J'ai une question pour Michel Naiditch. Ça fait 50 ans que ça dure cette histoire de dominant/dominé... A un moment donné tu as parlé de la ligne de partage et des moyens de le trouver le passage, mais tu n'as pas été plus loin. Si tu peux nous aider, car nous nous n'avons pas trouvé comment justement ni la ligne de clivage, ni la possibilité de passer de la situation de dominé, à dominant ou au moins l'équilibre.

MICHEL NAIDITCH

Je pense que c'est une question centrale. On sait quelle est la situation aujourd'hui, les gens sont d'accord, je pense, avec ce que j'ai dit. On voit bien quels sont les moyens ; il faut être extrêmement positif, on sait – l'histoire du Canada et de la Hollande nous l'enseigne – même en Angleterre, qu'on ne peut pas faire un changement, si on ne trouve pas des ressources dans le camp de ceux qui aujourd'hui dominent et qui ont l'intelligence de se rendre compte que si les choses continuent comme ça, c'est toute la corporation qui va dans le décor.

Comment s'est passé le transfert anténatal ? Il a été promu par un certain nombre d'obstétriciens de renom extrêmement connus ; ça ne s'est pas fait pendant 20 ans parce que leurs propos étaient entendus et rien ne se passait. Et puis il y a des gens qui ont fait sans dire, et dans une toute région. A un moment donné, il y a eu la force de l'évidence c'est-à-dire les études montraient que tous les pays du transfert anténatal faisaient mieux. Il y a eu le rapport au Haut comité à la santé qui a dit : on n'est pas terrible, et il faut changer les choses, après ils disaient un certain nombre de bêtises mais néanmoins, ils disaient ça. Et puis il y a eu une étude qui montrait qu'on faisait 16% en France de transfert anténatal correctement, alors qu'ils en faisaient 80% dans les autres pays. C'est un ensemble, c'est un mouvement, il n'y a pas de réponse à ta question.

Il y a eu une évolution, on le voit, chez les professionnels ; le fait que les usagers soient acceptés dans des groupes de professionnels, ça vient de loin, et puis une beaucoup plus grande reconnaissance dans notre pays du rôle de la société civile et des associations, ce qui va à l'encontre de notre culture politique en général, et puis les choses avancent ; il faut

trouver des alliés de terrain ; il faut trouver des alliés chez les institutionnels, il en existe. Simplement, c'est un travail de longue haleine.

Et puis – je réponds à la question qui ne m'a pas été posée – si malgré tout rien de change, s'il n'y a pas de maisons de naissance... Il y a un précédent : Gilles en parlerait mieux que moi, c'est l'action du CISS au moment de la rédaction de la loi du 4 mars.

MAX PLOQUIN

Je voudrais dire un petit mot en passant. Les écoles belges qui sont venues chez nous, c'est extraordinaire, on va leur faire un petit cadeau, le disque « les papas, les mamans... » (rires et applaudissements). Le deuxième point, c'est qu'il y a des solutions un peu différentes de celles qui ont été évoquées, la première : pourquoi on a fait appel aux politiques et pourquoi ils sont venus ? Parce que le débat citoyen Hommes/Femmes, il ne peut pas se passer du fait que l'on puisse dire qu'on ne peut pas être une femme esclave au travail, pour le patronat qui écrase et pour lequel la parité n'existe pas comme il faut, être esclave dans le ménage où on est mal considéré par le mari, ou alors on essaie de les libérer tous les deux : parité dans le ménage, parité dans la profession. On ne peut pas essayer que la parité existe dans son ménage et dans son boulot et qu'elle n'existe pas quand on va faire naître, quand on accouche ; la femme doit être prise en compte quand elle dit : je veux être respectée quand j'accouche, comme je veux être respectée quand je travaille et dans mon ménage.

ANNE DUSART

Ce n'est pas la parité, c'est l'égalité.

MAX PLOQUIN

La bataille politique elle peut se jouer là.

Autre point, je pense à Cesbron et à nos amis de Perpignan, c'est que la naissance, forme physiologique de notre existence ici depuis des millions d'années, ne peut pas être traitée comme elle est traitée en ce moment. Les naissances appartiennent aux mamans elles-mêmes dans l'évolution de leur grossesse et de leur maternité, et en même temps secondées par des sages-femmes, c'est pas possible autrement. Si on introduit quelqu'un d'autre, ça y est le stress commence. Il faut qu'on double ou qu'on triple les sages-femmes. Lorsque la sage-femme est opprimée, la femme est opprimée aussi. Les protocoles, ils ennuiement autant les sages-femmes que les femmes.

Si on double ou triple le nombre de sages-femmes, on va revenir à la physiologie ; c'est aux sages-femmes qu'il appartient d'être avec les femmes, même secondées par des doulas, par la famille, par le père. Et dans ce cas, les médecins gynécos qui sont des gens de grande qualité, ce n'est pas de leur faute s'il y a des césariennes qui entraînent tout une série de problèmes ; quand les sages-femmes auront repris en main la physiologie, il y aura moins de pathologies, de dystocies, et il y aura moins de césariennes. Dans 10% des cas, les gynécos sont nécessaires, mais ça veut dire que tout le reste, ça appartient aux femmes.

Je partage l'opinion de Michel Naiditch : il faut développer des vraies maisons de naissance, indépendantes, pas dirigées par des gynécos qui appartiennent en haut à la direction de la périnatalité. Il faut que ce soit géré par les sages-femmes et les usagers. Il faut augmenter les maisons de naissance et les lieux physiologiques mais en toute indépendance et en toute

autonomie, sinon, vous serez encore et toujours des techniciennes et pas des femmes libres d'accoucher autrement.

(Applaudissements)

GILLES GAEBEL

Je voulais revenir sur l'histoire citée par Michel Naiditch. Le CISS, Collectif Interassociatif Sur la Santé, s'est constitué en 96, au moment de la réforme hospitalière, et il a regroupé des grosses associations, les paralysés de France, l'UNAF, Aides, etc. qui travaillent soit sur des pathologies, soit sur des thèmes transversaux de la santé. Il y a eu un collectif informel, et au moment de la loi du 4 mars, il y a eu des réticences énormes des corps constitués. Le CISS a menacé puis s'est retiré de toutes les commissions, il a fait la politique de la chaise vide, et ça a réellement dérangé le système à tel point qu'ils ont été obligés de faire les concessions qu'on demandait. C'est peut-être une stratégie à utiliser (intervention : en dernier ressort, si ça marche pas...) ; on est dans énormément de commissions, ou de groupes de travail d'institutions. Sur le fond, si les dispositions ne vont pas dans le sens que nous souhaitons sur le plan citoyen, sur le plan politique, alors nous nous retirons, et nous allons changer de tactique.

ANNE DUSART

Il ne faudrait pas que le CIANE soit amené à faire la chaise vide faute de bataillons, c'est-à-dire que c'est un choix dans une stratégie précise qui nous amènerait délibérément à faire la chaise vide parce qu'on estime qu'on y perdrait à cautionner quelque chose qui ne nous convient pas ; le risque c'est qu'il y ait la chaise vide parce qu'il n'y a personne pour le faire. On a cette hyper sollicitation qui fait que ... c'est peut-être aussi une stratégie un peu délibérée de nous noyer dans de l'offre, qui fait qu'au bout d'un moment on ne sait plus à quel saint se vouer, on l'a bien vu au moment des SROS III, où il fallait se démultiplier, avoir un don d'ubiquité, être dans toutes les structures, localement, mais nationalement c'est pareil. D'où l'importance d'avoir des priorités et de ne pas être acculés à la chaise vide, mais de choisir la chaise vide, si besoin était.

INTERVENANT PUBLIC

Sur la chaise vide par rapport au CIANE, c'est qu'on pèse moins que le CISS ne pesait à l'époque ; et ça il faut en être bien conscient.

MICHEL NAIDITCH

Pas sur la périnatalité.

GILLES GAEBEL

Le CISS se heurtait à l'ensemble du système de soins, toutes disciplines confondues ; nous, on se heurte à une partie du système de soins qui est la périnatalité. Les grandes disciplines médicales, l'oncologie, tout ce qui touche à l'orthopédie, ce sont des gens qui prennent des gens réellement malades. 99,99% des gens ont une pathologie, donc le geste, même si c'est invasif, même si ça porte des fois atteinte à la dignité, à l'intimité, est justifié. Pour la périnatalité, 85% des naissances ne sont pas pathologiques, on est tout à fait dans une autre

dimension. La périnatalité, c'est d'abord un choix sociétal, avant d'être un choix médical ; et ça, c'est notre force de l'affirmer pour remettre en cause le système médical à condition qu'il soit à sa place et qu'il laisse pleinement sa place à la société, aux dimensions sociales de la naissance et de la périnatalité.

ANNE DUSART

Il faut quand même que ces modes d'organisation ne génèrent pas des pratiques perverses, c'est-à-dire quand on avait nos débats internes pour savoir s'il fallait attaquer nominativement les praticiens qui avaient des actes critiquables, on disait aussi : mais est-ce que ce n'est pas plus intéressant plutôt que travailler au cas par cas, épisiotomie ou autre, sur celui qui a des actes critiquables, de travailler sur ce qui génère en amont ces actes critiquables, qu'est-ce qui, dans les conditions de travail désintéressés, dans l'organisation du système, les pousse à être dans des situations aussi où les dérives existent au niveau des pratiques ?

J'aimerais bien que le CIANE développe ses analyses du côté de ce qui génère en dernière instance les défaillances organisationnelles qu'on connaît, qui ne sont pas forcément propres à la périnatalité, mais qui ont des conséquences particulières dans le champ périnatalité. Et quand on disait tout à l'heure, il faut faire alliance avec les professionnels, je suis entièrement d'accord pour le faire avec ceux qui ont des analyses qui rejoignent les nôtres et qui veulent aller dans le même sens ; mais, en même temps, je trouve qu'il faut développer un discours critique sur le mode d'organisation de la médecine aujourd'hui, que ce soient les questions de formation, ou de répartition dans la démographie médicale, non pas tant numériquement, mais dans l'équilibre médecin, gynéco-obst, sages-femmes, et au moins autant dans la répartition géographique, et que ça fait aussi de la vocation des structures d'usagers de pouvoir dire des choses y compris très désagréables aux professionnels, pas individuellement, comme par exemple est-ce que un *numerus clausus* ne ferait pas partie des éléments solution pour éviter qu'on ait pléthore de médecins avec tout ce que ça pousse comme surmédicalisation dans le sud-est de la France, et puis les absences dans le Nord-Pas de Calais, y compris dans le champ de la périnatalité, même si ça déborde très largement la périnatalité.

MAX PLOQUIN

Pour aller dans le même sens, vous avez dit tout à l'heure qu'il n'y avait que 10% de cas pathologiques – je trouve que c'est trop déjà, mais mettons 10% — ça veut dire qu'on n'est plus dans le domaine médical, dans un autre domaine. Est-ce que la tactique ce n'est pas de demander que la naissance qui n'est pas une maladie, que l'accouchement qui n'est pas non plus un acte qui... Est-ce que l'on ne peut pas quitter le monde médical et rentrer dans un monde socio-médical, en tout cas social, dans lequel enfin on accepterait qu'il n'y ait que 10% de cas qui rentrent dans le médical ? Demandons qu'on rentre dans un domaine social.

Les sages-femmes étaient très fières d'avoir une cinquième année de travail pour justifier ainsi le rôle qu'on donne de médecin, elles rentrent dans un cadre médical. Mais c'est contradictoire, on n'a pas besoin...(Protestations) C'est l'inconscient qui me fait parler de ça, c'est que je pense que le désir profond des sages-femmes d'être reconnues en tant que médecins pour certaines d'entre elles fait qu'en fin de compte, il y a une contradiction. Ou bien l'accouchement est un domaine presque de la poésie, et en tout cas de l'humanisme, et

n'est pas forcément d'ordre médical et le fait qu'elles peuvent être médecins posent le médical.

INTERVENANTE PUBLIC

Il y a un tout petit problème d'information entre les professionnels et les usagers, par exemple si on mettait en référence un chiffre impressionnant, les gens réfléchiraient différemment, à savoir, tout le monde est martelé par l'idée qu'il y a une pénurie de professionnels de santé ; le grand public est persuadé qu'il n'y a plus de vocation, et qu'il n'y a plus de sages-femmes, alors qu'il y a plus de 30% de diplômées qui ne sont pas en activité, parce que les conditions de travail deviennent insupportables. Il suffirait de donner ces informations très clairement pour que les gens commencent à réfléchir.

MICHEL NAIDITCH

Je voudrais rebondir sur cet aspect médecin/pas médecin, niveau et contenu de la formation. Symboliquement en France, ce qui fixe la hiérarchie d'une profession, c'est le niveau de diplôme, ça n'est pas le fait que vous soyez fondamentalement un bon professionnel en tous cas pendant les 5 premières années, c'est comme ça. Vous rentrez à l'X, vous êtes nécessairement génial, si au bout de 5 ans on s'aperçoit que vous n'êtes pas terrible et que quelqu'un des Arts et Métiers devient meilleur, OK, et ça va finir par se savoir. Mais symboliquement, il est fondamental que les sages-femmes obtiennent ce niveau *master*. C'est une évidence. Ensuite, le contenu, c'est un autre débat. Mais se mettre au niveau *master*, c'est ce qui justifie que vous soyez totalement autonome pour gérer toute une filière de suivi des grossesses physiologiques.

Par ailleurs, si vous mettez le niveau des études à Bac + 5, les candidats qui vont se présenter seront probablement beaucoup plus dans une perspective d'être des professionnels autonomes – évidemment ça ne veut pas dire que vous qui n'avez pas fait Bac + 5, vous n'êtes pas des professionnels autonomes dans vos têtes, mais vous vous êtes construits tout seuls pour le devenir – tandis que là vous avez un appel d'air, on sait très bien – toutes les études le montrent – que les gens qui veulent rentrer dans une carrière bac + 5 ne sont pas les mêmes en terme d'autonomie, de désir de responsabilité que ceux qui rentrent dans un niveau Bac + 3. C'est un moteur.

Enfin, je ne prétends pas et personne ne prétend que même si on faisait ça, que des bonnes choses, toutes les sages-femmes veuillent faire de la maison de naissance, de l'accompagnement global etc. Il est totalement normal qu'un certain nombre d'entre elles souhaitent suivre des grossesses pathologiques, souhaitent devenir des échographistes, souhaitent faire plein de choses qui sont plus médicales, et qui ne rentrent pas dans un projet d'accompagnement global. Il faut qu'il y a des différenciations, et des possibilités dans les filières différentes, et c'est pour ça aussi que Bac + 5 est nécessaire et c'est aussi pour cela qu'un certain nombre d'obstétriciens très importants commencent à comprendre qu'ils ont intérêt à ce que les sages-femmes aient une formation Bac + 5 et non pas Bac + 3. Je pense que la question de la formation va de pair avec la question de l'ouverture d'une filière spécifique nouvelle et qui n'est pas seule et qui n'épuise pas toutes les ressources de vos compétences.

MAX PLOQUIN

La filière de Bobigny, il y a eu après 68, et c'est une filière intéressante qui permettait à des sages-femmes de devenir médecins ; pourquoi on ne ferait pas des filières, si on en montre les capacités, qui permettraient à des sages-femmes de passer à un autre niveau ? (...)

INTERVENANTE PUBLIC

Je fais partie d'un réseau ? dans le Nord qui est un réseau d'usagers qui réfléchit autour de la naissance – il y en partout en France, dans toutes les régions, normalement. À une des réunions où l'on parlait du projet de naissance, une sage-femme – ce n'est pas une globalité que je fais, il y a toutes sortes de sages-femmes comme il y a toutes sortes d'humains – par rapport à une maman qui parlait d'un projet de naissance qui avait été détaillé, mais qui n'avait pas forcément été bien respecté, elle disait : « Ben oui, mais c'est quand même nous qui décidons ». Il y a quand même... Il y a des sages-femmes qui veulent être reconnues en tant que médecins, par rapport à un statut, une forme même de gratification...

INTERVENANTE PUBLIC

Je suis chirurgien dentiste. Il existe 4 professions médicales en France, les médecins, les sages-femmes – elles sont à égalité – les chirurgiens dentistes et les pharmaciens. Pourquoi on dit que les sages-femmes veulent être médecins, elles le sont ! C'est une profession médicale à part entière (protestations) et elles sont... on a l'impression qu'elles veulent ce statut, mais elles l'ont. Le P1 est un problème, car maintenant qu'elles le passent, on entend dire : « les sages-femmes sont les médecins ratés, elles n'ont pas eu leur P1, elles finissent sages-femmes » et on oublie que c'est une vocation. Personnellement, je ne peux pas devenir sage-femme, mon P1 date de quelques années et maintenant, c'est le P1 de l'année qui compte. On ferme la porte à des personnes qui souhaiteraient devenir sages-femmes par vocation et qui ne sont malheureusement que médecins. (Applaudissements)

BERNARD BEL

Je crois qu'on fait diversion, on est en train de créer de nouveaux ateliers. Il nous faudrait encore une journée ou deux... J'aimerais qu'on revienne un peu aux conclusions et à la stratégie aussi.

PAUL CESBRON

Je ne suis pas d'accord avec ce qui vient d'être dit à propos des sages-femmes. D'une part, elles n'ont pas du tout le statut des médecins, que les choses soient claires ; elles ont pendant une longue période historique eu un conseil de l'ordre qui était dirigé par un gynéco-accoucheur ; les écoles de sages-femmes étaient dirigées par les gynécologues accoucheurs. Aucun service d'obstétrique et aucune maternité n'est dirigée par les sages-femmes. Elles sont sous tutelle, et les choses sont très claires sur ce plan là que cela vous plaise ou non, c'est ainsi.

Ce que je voulais dire : je suis d'accord avec Michel Naiditch : les sages-femmes, je suis pour qu'elles aient la possibilité de suivre les grossesses pathologiques ; pour moi, il est particulièrement important que les grossesses, elles soient y compris accompagnées, assurées, et que les accouchements le soient dans la mesure du possible, par des sages-

femmes. C'est très important. Autant la culture de la physiologie doit être travaillée et constituer l'essentiel de la formation et il y a beaucoup à apprendre sur le plan de l'anthropologie, de la sociologie, de la psychoanalyse : une année de plus n'est pas de trop. Il aurait été préférable qu'on s'y prenne autrement et qu'on la construise autrement ; mais c'est ici, et rien n'est fermé de ce côté là, il faudra la transformer. Mais en tout cas, les pauvres sages-femmes ne les réduisons pas au physiologique, il est important qu'elles puissent aller jusqu'au bout de l'accouchement y compris dans les situations les plus pathologiques. (Applaudissements)

BERNARD BEL

C'est l'heure des conclusions. La discussion sur les stratégies n'est pas terminée. Il y a une discussion qu'on a complètement zappée pour des raisons de temps, c'est un retour critique sur les états généraux, les commentaires. C'est pour cela que je vous demande de donner les adresses Internet pour continuer la discussion par des moyens électroniques. Moi j'ai beaucoup de critiques à faire, par rapport à certaines choses, certaines interventions. J'ai pas le temps de le faire maintenant, ce n'est peut-être pas le moment. On va continuer via Internet, je pense qu'on a une ou deux semaines encore de travail, d'échanges pour arriver à des conclusions. On peut prendre cinq minutes pour avoir un retour. Des critiques, parce que les compliments...

INTERVENANTE PUBLIC

C'était un compliment. Je trouve que c'était très intéressant qu'il y ait des ateliers [forums] ouverts, je trouve que c'était très bien, des ateliers programmés, c'est génial mais ateliers ouverts aussi c'est génial.

INTERVENANTE PUBLIC

Il y a quelque chose que vient de me signaler ma voisine : c'est super intéressant ce qu'on entend mais dans la salle, on doit être une toute petite minorité de sages-femmes

(Non ! non ! levez la main !)

Mais ça fait pas beaucoup par rapport au nombre de sages-femmes qu'on est en France. Tout ça pour dire les sages-femmes belges qui sont dans la salle, elles sont intéressées par les États Généraux de la Naissance, je ne vois pas (?) les sages-femmes françaises parce que l'accès à la formation n'est pas du tout adapté au métier de sage-femme. Même si, en effet, il faut toujours tenir la main des femmes qui ont des grossesses pathologiques. Je suis toujours en train de revendiquer que les sages-femmes c'est fait pour suivre les femmes etc.

Deuxièmement, je sais pas comment ça va être pris, je ne veux pas que ce soit mal pris, mais franchement, il y a quelque chose que je ne comprends pas dans la présence des enfants pendant ces deux jours dans ces amphithéâtres ; je ne comprends pas et je pense que leur place n'est pas ici. C'est en contradiction avec l'allaitement très longtemps, le portage en écharpe, et c'est quelque chose que je ne comprends pas, et ils nous embêtent, et ils ont le droit de se défouler et je ne comprends pas pourquoi ils sont là. Ne le prenez pas mal, on est plusieurs à avoir été déconcentrées. (Applaudissements)

MAX PLOQUIN

Dans les cours d'accouchement que vous faites les unes les autres, c'est fabuleux quand il y a six ou sept mamans avec les papas à côté, et il y a 3 ou 4 enfants au milieu, qui jouent et qui parlent. C'est la vie. Ça veut dire que si les mamans ne peuvent venir avec leurs enfants, elles ne peuvent pas venir ici. Il faudra accepter que notre parole dépasse le cri des enfants, pour se faire entendre, parce qu'ils font partie de la vie, et qu'il faut qu'on s'habitue à entendre les cris heureux des enfants au milieu de nous. (Applaudissements)

INTERVENANTE, ÉTUDIANTE EN BELGIQUE

Nous sommes 50 à être venues et on vous remercie pour ce congrès qui fut très enrichissant. Je voudrais signaler que nous sommes 50 étudiantes belges, mais nous sommes 50 françaises.

INTERVENANT PUBLIC

(se présente, mais incompréhensible) Puisque vous ne voulez pas de compliment, je ne vais pas vous en faire. Une petite chose négative : le temps de parole qu'il y a quand il y a trop d'intervenants dans le même atelier.

ANNE EBANO

Je voudrais faire une remarque au sujet du grand public ; on est quelques représentants d'usager, localement on essaie de se faire connaître, mais le grand public... Bien souvent les femmes nous disent : mais bien sûr je vais voir un gynéco, la sage-femme elle sert à quoi elle ? Elle sera là en attendant le gynéco ; ça reste la référence. Je crois que pour faire bouger les mentalités, il faut qu'on aille beaucoup plus loin, beaucoup plus large et le grand public, ce qui leur reste ce sont les émissions telles celle dont on a parlé tout à l'heure. Il faut avoir une vraie ouverture, pour faire connaître... parce que les femmes vont vivre seulement une grossesse ou deux, toutes les femmes sont concernées, toutes les familles sont concernées et il faut les toucher. (Applaudissements)

INTERVENANTE PUBLIC

Il était annoncé la presse. Qu'en est-il, qu'en a-t-il été ? Y a-t-il eu des journalistes ?

BERNARD BEL

Il y a eu FR3 national, la Nouvelle République.

ANDRÉINE BEL

Je voudrais féliciter l'esprit critique qui s'est manifesté en général dans ces états généraux. Je voudrais quand même mentionner – c'est mon opinion qui n'engage que moi pour l'instant – je n'ai pas trouvé cet esprit critique pour ce qui concernent les deux ateliers autour de la naturopathie, l'espace n'a pas été créé pour cela. (applaudissements)

INTERVENANTE PUBLIC

J'ai mis au monde trois enfants chez le docteur Ploquin, j'ai fait 200 km à chaque fois, c'est un choix d'éducation, un choix de vie pour ses enfants. Ça s'inscrit dans une continuité. C'est un acte de société, aujourd'hui et c'est aussi quelque part un acte politique. Il faut que l'on redonne aux femmes la certitude – et les professionnels sont là pour ça – qu'elles peuvent mettre leurs enfants au monde même s'il faut aller loin pour choisir la façon dont on veut le faire.

INTERVENANTE PUBLIC

Domage, je n'ai amené qu'un enfant, j'aurais pu en amener 4 et ils sont très très vifs. Et si je l'ai amené, c'est que j'avais très envie de venir parce que je veux faire quelque chose pour la naissance, et que je l'allaité encore, et j'ai envie d'allaiter encore un an et je n'ai pas envie de me sacrifier à mon bébé en restant à la maison. Félicitations à tout le monde (Applaudissements)

DANIEL LYPSZIC

Félicitations à Max en particulier à ses talents pour trouver de l'argent pour organiser des colloques.

ANNE DUSART

Au delà de Max qui le mérite amplement, il faudrait remercier l'équipe du CIANE qui a en amont travaillé pour alimenter le site (Bernard Bel, Gilles Gaebel, Chantal Schouwey, Blandine Poitel et Anne Evrard et j'en oublie) et qui sont les chevilles ouvrières qui ont réussi ces journées.

Il me semble que les États généraux d'il y a trois ans ils ont été fondateurs, il s'est passé quelque chose d'irréversible ; et j'espère qu'avec les échanges qu'on a là, avec l'impulsion nouvelle que ça peut donner à la fois localement, en adhérant au CIANE, dans la définition stratégique des orientations qu'on va reprendre ensemble, dans les bonnes volontés que ça pourra mobiliser, remobiliser, ça sera un nouveau moment fondateur.

BERNARD BEL

En tant que porte-parole autoproclamé du CIANE, je déclare ces États Généraux clos mais pas terminés, car nous allons continuer les échanges sur Internet et c'est très important ; je voudrais remercier vraiment tout le monde. Les enfants qui étaient ici ont peut-être souffert, mais dans 20 ans, ils diront : « J'y étais ! »