



La grève des sages-femmes de 2013-2014 : la remise en question de la profession au sein du système périnatal

Sara Kuhn

► To cite this version:

Sara Kuhn. La grève des sages-femmes de 2013-2014 : la remise en question de la profession au sein du système périnatal. Gynécologie et obstétrique. 2017. dumas-01653613

HAL Id: dumas-01653613

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01653613>

Submitted on 1 Dec 2017

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

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

UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE ET DE
MAIEUTIQUE
FILIERE MAIEUTIQUE

**La grève des sages-femmes de 2013-2014,
La remise en question de la profession au
sein du système périnatal.**

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme
Présenté et soutenu par Sara KUHN
Sous la direction de Mme ROUX Christiane-Assesseur Maïeutique

ANNEE UNIVERSITAIRE 2016-2017

REMERCIEMENTS

Je remercie Mme Christiane Roux, ma directrice de mémoire, pour son investissement, son aide, son soutien et sa détermination tout au long de ce travail, elle a été d'une aide remarquable,

A toute l'équipe pédagogique d'enseignantes sages-femmes qui m'a suivi pendant ces quatre années de maïeutique, Elodie, Anne-Sophie, Sylvie, Brigitte, avec une attention particulière à Isabelle pour m'avoir assurée son soutien à ce mémoire,

A mes parents, qui ont toujours cru en moi et m'ont accompagné dans les périodes difficiles, merci de m'avoir toujours poussé à donner le meilleur,

A mon père, qui m'a transmis l'amour de la médecine et la persévérance,

A ma mère, qui m'a transmis l'amour de l'obstétrique et son optimisme,

A mes grands-parents, qui ne m'ont jamais quitté, mon grand-père qui m'accompagne dans les épreuves,

A mes frères et sœurs, Alexandra, Stéphanie, Edouard et Amandine pour leur soutien, leur amour et tous nos moments partagés,

A Vittorio, pour son soutien et son aide précieuse tout au long de ce mémoire, pour sa vision du monde, merci de faire de moi quelqu'un de meilleure,

A mes amis d'enfance, Anaïs et Thomas qui me suivent depuis le début,

A mes copines de Lille, Audrey, Claire, Ombeline, Maya, Alexia, Bénédicte et les autres qui ont toujours su m'écouter et être là quand il le fallait

A mes amies sages-femmes, Florence, Anne-lise, Clarisse et les autres pour ces belles années partagées

Sommaire

GLOSSAIRE	5
I. INTRODUCTION	6
II. MATERIEL ET METHODE	12
III. RESULTATS.....	13
A. Contexte, déroulement et contenu de la grève.....	13
B. Revendications.....	17
1. Le statut de la sage-femme hospitalière	17
2. Sage-femme, praticien de premier recours	23
3. Formation initiale, formation continue et recherche en maïeutique	26
4. Révision des décrets de périnatalité.....	28
C. Bilan de la grève.....	29
1) Statut.....	30
2) Compétences	36
3) Formation.....	
4) Les enjeux de la grève de 2013	43
IV. ANALYSE ET DISCUSSION.....	45
A. Freins.....	45
1) Facteurs extra-professionnels.....	45
2) Les facteurs intra-professionnels	50
B. La redéfinition de la périnatalité française, pour un accès vers l'autonomie recherchée ?	55
1) Les maisons de naissance, d'une logique de risque vers le respect de la physiologie	56
2) La remise en cause du système de santé français	57
V. CONCLUSION	59
VI. BIBLIOGRAPHIE	

GLOSSAIRE

ANESF : Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes
ANSFC : Association Nationale des Sages-Femmes Coordinatrices
ARS : Agence Régionale de Santé
CAP : Commission Administrative Paritaire
CH : Centre Hospitalier
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CNEMA : Conférence Nationale des Enseignants en Maïeutique
CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux
CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes
CNSF : Collège National des Sages-Femmes
CSP : Code de Santé Publique
CTE : Comité Technique d'Etablissement
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DPC : Développement Professionnel Continu
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
FPH : Fonction Publique Hospitalière
HAS : Haute Autorité de Santé
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
Loi HPST : Hôpital Patients Santé et Territoires
LMD : Licence Master Doctorat
MCU-PH : Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier
NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels
ONSSF : Organisation Nationale et Syndicale des Sages-Femmes
PACES : Première Année Commune des Etudes de Santé
PCEM1 : première année du Premier Cycle des Etudes de Médecine
PH : Praticien Hospitalier
PU-PH : Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
SF : Sage-Femme
UFR : Unité Formation Recherche
UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
UNSSF : Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes

I. INTRODUCTION

C'est en parcourant l'histoire qu'on observe que jusqu'au XVI^e siècle, les sages-femmes ne connaissent pas d'encadrement qui limite leur exercice. A cette période, « *la plupart du temps, les sages-femmes étaient traitées à l'égal des chirurgiens et considérées comme tels* » [1].

Ainsi, les accoucheuses jouissent d'une pleine indépendance auprès de leurs parturientes. Jusqu'au XVII^e siècle, les accouchements se font à domicile et les hommes n'ont pas accès aux corps des femmes. L'univers de l'obstétrique est considéré comme une affaire de femmes. Cela confère aux matrones de l'époque une place bien supérieure à celle qu'on peut observer de nos jours [1], [2], [3]. Ainsi, « *la notoriété des sages-femmes dans la population se maintient donc aussi longtemps que la plupart des accouchements ont lieu à domicile* » [1].

Au cours des XVIII^e et XIX^e siècles, émergent les chirurgiens puis les médecins en salle de naissances. « *A partir de 1882, le corps des accoucheurs est créé et marque le déclin des sages-femmes* » [4]. En effet, les médecins limitent progressivement les compétences qu'exercent les sages-femmes, encadrant strictement leur pratique. Par exemple, « *l'emploi d'instruments est interdit aux sages-femmes qui doivent recourir dans les accouchements difficiles à l'aide d'un praticien* » (art.33 de la loi du 19 Ventôse an XI) [1], [5].

Au cours du XX^e siècle, l'exercice des sages-femmes perd davantage de son exclusivité auprès des patientes avec l'émergence de nouvelles professions autour de la naissance. En effet, les métiers d'infirmière et d'assistance sociale apparaissent dans l'univers de la naissance. De plus, le suivi de grossesse et l'accouchement se font de plus en plus au sein d'établissements hospitaliers où un système d'assurance se développe et prend en charge les femmes [1], [5]. Cette pratique croissante de l'accouchement à l'hôpital entraîne donc une autonomie moindre « *en insérant les sages-femmes au sein de la hiérarchie médicale hospitalière* » [4].

La loi du 19 mai 1982¹ précise le cadre d'exercice de la sage-femme [5]. Elle affirme ses compétences qu'elle ne réduit plus à la seule pratique de l'accouchement. De plus, elle marque une évolution majeure avec l'entrée des hommes dans la profession. L'équité de genre supprime la nécessité de qualités dites féminines requises dans l'exercice du métier. En effet la loi du 17 mai 1943 décrivait une « *dimension relationnelle pédagogique, de conseil et même d'empathie [...] celle-ci ne relève pas d'une qualité fondée sur un savoir mais bien d'une compétence de genre : il faut être une femme pour la posséder* » [4]. Il n'y a désormais plus d'un côté les hommes médecins et de l'autre les femmes accoucheuses [4].

¹ Loi n° 82-413 du 19 mai 1982 modifiant la loi n° 191 du 24 avril 1944, la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 et certaines dispositions du code de la santé publique relatives à l'exercice de la profession de sage-femme (JORF du 20/5/1982)

Malgré l'affirmation d'un plus large champ de compétences et d'une équité de sexe, la sage-femme prend petit à petit la place d'auxiliaire, effaçant son rôle de praticienne spécialiste auprès des femmes, autrefois indépendante [2], [3]. En effet, une médicalisation croissante marque la fin du XX^e et le début du XXI^e siècle. Elle oriente vers une hyperspécialisation qui met en avant les médecins, experts de la pathologie. Ainsi, l'expansion des techniques de diagnostic et de soin entraîne nécessairement une dépendance des sages-femmes envers les obstétriciens [6]. Par ailleurs, le développement et la généralisation de l'accouchement à l'hôpital et en clinique mettent progressivement en retrait la sage-femme. Avec l'apparition de la sécurité sociale dès 1945, la migration massive des patientes dans les hôpitaux modifie déjà profondément les pratiques et la vision de l'obstétrique [1], [4], [6].

En parallèle, la formation en maïeutique s'allonge progressivement et se complexifie. Elle passe d'un stage d'apprentissage de trois mois à une pratique d'un an à l'Hôtel Dieu entre XVII^e et le XIX^e siècle, sous la responsabilité d'une maitresse sage-femme [1]. Les premiers textes structurant la formation sont ensuite apparus au XX^e siècle avec un approfondissement en obstétrique, gynécologie, pédiatrie et la délivrance d'un diplôme d'Etat.

La loi du 17 mai 1943² étend d'un côté la durée des études à trois ans, mais instaure également une première année commune avec les études d'infirmières. Cette mesure crée de fait une confusion entre le caractère médical de la profession de sage-femme et celui des infirmières, paramédical. Ce n'est qu'en 1973 que cette année commune est supprimée, la formation de sage-femme devenant un cursus indépendant [1], [5].

Ainsi donc, le 2^e millénaire s'achève sur un certain nombre d'élargissements pour les sages-femmes. La profession semble avoir gagné en compétences techniques mais d'un autre côté perdue en autonomie.

Parallèlement à cela, la profession de chirurgien-dentiste (troisième profession médicale avec les médecins et les sages-femmes) évolue. Les premières écoles d'odontologies apparaissent environ un siècle après celles de sages-femmes. Et c'est entre les années 1965 et 1970 que l'Ecole Nationale de Chirurgie Dentaire est créée, ce qui procure à la formation son indépendance. Des Unités de Formations et de Recherche (UFR) en odontologie sont également mises en place. La filière odontologie gagne donc en autonomie [7].

Contrairement aux chirurgiens-dentistes, selon le sociologue Philippe Charrier « *les sages-femmes se sentent globalement reléguées, méconnues et non reconnues.* » [8]. On observe une contradiction au sein même des textes encadrant la profession. Le Code de la Santé Publique

² Loi n° 263 du 17 mai 1943 réglementant l'organisation des études en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme (JORF du 30/5/1943)

(CSP), publié le 5 octobre 1953 par le décret n° 53-1001³, définit la profession de sage-femme comme médicale. Celle-ci est encadrée par les articles L4151-1 à L4151-10 du titre V du CSP. Les compétences des sages-femmes sont décrites dans la quatrième partie du premier livre du Code de la Santé Publique.

Le graphique ci-après illustre la place des sages-femmes aux côtés des deux autres professions médicales (médecins et chirurgiens-dentistes) dans le CSP.



Collectif des sages-femmes, Statut de la sage-femme hospitalière, 2014 [9].

Classée comme une profession médicale à part entière, la profession de sage-femme est cependant intégrée dans la Fonction Publique Hospitalière (titre IV) pour les sages-femmes pratiquant en milieu hospitalier, et la Fonction Publique Territoriale (titre III) pour les sages-femmes territoriales. Les médecins et chirurgiens-dentistes relèvent quant à eux de la Fonction Publique d'Etat (titre II) au sein de laquelle ils ont un statut de Praticien Hospitalier (PH). Les pharmaciens rejoignent ce statut par la loi du 24 Juillet 1987 (relevant du décret du 6 mai 1988⁴) [9].

Un sentiment de dévalorisation est à l'origine d'un mouvement de grève en 2001. Les sages-femmes attendent une meilleure reconnaissance de leur statut et une revalorisation de leur salaire [10]. En réponse à ce premier mouvement, elles obtiennent « *en plus des*

³ Décret paru au Journal Officiel de la République française le 7 octobre 1953, consulté sur https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000503843

⁴ Décret n°88-665 du 6 mai 1988 modifiant le décret n° 84-131 du 24 février 1984 portant statut des praticiens hospitaliers et rattachant les pharmaciens des hôpitaux au corps des praticiens hospitalier, disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000501224&dateTexte>

revalorisations des salaires de la fonction publique hospitalière et de la nomenclature des actes pour les sages-femmes libérales » [5], le recrutement des étudiants par le concours d'entrée commun aux filières médicales. Désormais, pour accéder à la formation de sage-femme, les étudiants doivent, au même titre que les médecins et les chirurgiens-dentistes, être reçus au concours classant de fin de première année du Premier Cycle des Etudes Médicales (PCEM1). La formation est ainsi portée à 5 ans, sans pour autant que cette première année soit reconnue comme faisant partie intégrante du cursus [11]. De plus, pour la première fois, une rémunération est attribuée aux étudiants de troisième et quatrième année par le décret du 3 janvier 2003⁵. Un peu plus tard, le 28 octobre 2009 est instaurée la Première Année Commune aux Etudes en Santé (PACES). Cette dernière résulte de la fusion entre le concours de première année du Premier Cycle d'Etudes Médicales (PCEM1) regroupant les trois professions médicales : médecine, maïeutique et odontologie, et la première année du Premier Cycle des Etudes de Pharmacie (PCEP1), auxquelles s'ajoute la filière de kinésithérapie. C'est donc cette année-là que la réforme des études médicales et pharmaceutique intègre cette première année de médecine dans la formation de sage-femme, et la reconnaît comme partie intégrante du cursus [5], [12].

Par ailleurs, cette réforme intègre les études de sage-femme dans un cursus LMD⁶, l'inscrivant dans le processus de Bologne qui vise à harmoniser l'enseignement supérieur en Europe. Ainsi en 2015 la première promotion de sage-femme accède au grade « Master »⁷. Selon le journal Libération, « *la réforme des études [...] devrait contribuer à leur faire enfin admettre le caractère médical de la profession de sage-femme.* »⁸ [5], [11], [12], [13], [14].

Au cours du début du XXI^e siècle, on observe un nouvel approfondissement des compétences des sages-femmes. En premier lieu, la loi du 9 Aout 2004⁹ autorise la réalisation de la déclaration de grossesse, ainsi que l'examen post-natal par les sages-femmes. Cette mesure ouvre la voie d'un suivi global assuré par les sages-femmes, du début de la grossesse jusqu'à la période post-natale. La même année, l'arrêté du 23 février¹⁰ modifie la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes. Il est modifié en 2011 puis 2016, y ajoutant

⁵ Décret n°2003-19 du 3 janvier 2003 modifiant le décret n° 85-1046 du 27 septembre 1985 relatif à l'organisation des études de sage-femme et à l'agrément et au fonctionnement des écoles de sages-femmes, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000228375&dateTexte>

⁶ Arrêtés du 19 juillet 2011 et du 11 mars 2013 respectivement relatifs au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques et au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme, <https://www.legifrance.gouv.fr/>

⁷ Décret n° 2014-1511 du 15 décembre 2014 relatif aux diplômes de santé conférant le grade master. JORF n°0291 du 17 décembre 2014 : page 21148 : texte n° 15. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029913517&categorieLien=id>

⁸ Cabut S. *La reconnaissance des sages-femmes*, Libération, Juin 2001 http://www.liberation.fr/societe/2001/06/20/la-renaissance-des-sages-femmes_368609

⁹ Loi n°2004-806 du 9 aout 2004 relative à la politique de santé publique-Article 101-https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2004/8/9/2004-806/jo/article_101

¹⁰ Arrêté du 23 février 2004 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024686131>

notamment la pratique de la vaccination chez la femme enceinte, le nouveau-né et l'entourage. La sage-femme se positionne ainsi dans un schéma d'acteurs en Santé Publique.

De même, la loi dite HPST de 2009¹¹ va plus loin encore puisqu'elle donne aux sages-femmes la possibilité d'assurer le suivi gynécologique de prévention des patientes et de prescrire la contraception tout au long de leur période d'activité génitale.

Enfin, un projet de loi¹² autorisant l'expérimentation des maisons de naissance est en cours d'élaboration par le ministère de la santé. Cette idée est en discussion depuis les années quatre-vingt, et reprise plusieurs fois au début du XXI^e siècle [15].

On observe donc que les sages-femmes gardent un haut niveau d'autonomie jusqu'au XVIII^e siècle. Ce dernier a ensuite été limité au profit des médecins [1]. En quelques siècles, un certain nombre de compétences ont progressivement été restreintes, mais on voit se dessiner une remise en question de la place des sages-femmes et une extension de leurs possibilités d'exercice (suivi global de grossesse, droit de prescription élargi, suivi gynécologique et de contraception en 2009...) [6], [8]. De même, la formation évolue et intègre enfin une première année commune aux autres filières médicales, à l'université. Mais la formation reste organisée au sein d'écoles hospitalières et non à l'université, ce que vont progressivement contester les équipes pédagogiques et étudiants sages-femmes [5], [11], [16].

Toutefois, malgré les avancées obtenues, il persiste au sein de la profession de sage-femme en mal de reconnaissance un profond mécontentement [16]. C'est donc dans ce contexte que le 16 octobre 2013 démarre un mouvement de grève qui va se généraliser et s'étendre à l'ensemble de la France. Les sages-femmes souffrent de l'ambiguïté de leur statut, et de leur manque d'autonomie dans le secteur de la périnatalité qui constitue le point central de la profession. La grève prend une dimension historique puisqu'il s'agit du plus long mouvement que la profession a connu, en durant presque une année [17], [18], [19].

L'ampleur de ce mouvement de grève nous a donc conduit à nous poser différentes questions. Qu'est-ce que la grève de 2013 a véritablement changé dans la pratique, le statut, les compétences et la formation des sages-femmes ? Quels en ont été les obstacles ? Que s'est-il joué au cœur de leurs revendications ?

Les objectifs de notre travail sont les suivants.

- **Objectif principal** : Recenser les revendications et les mesures obtenues à la suite du mouvement de grève des sages-femmes de 2013-2014.

¹¹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/2009-879/jo/article_86

¹² Haute Autorité de Santé, Mars 2014, Maisons de Naissance, Cahier des charges de l'expérimentation https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/note_de_cadrage_maisons_de_naissance.pdf

- **Objectifs secondaires** : Analyser les freins et les obstacles rencontrés.

Nous développerons dans un premier temps le déroulement de la grève et la façon dont les revendications ont été traitées au cours des groupes de travail mis en place. Puis dans une analyse plus générale nous envisagerons les freins qu'ont rencontré les sages-femmes au cours de la grève, ce qui permettra de mieux comprendre leur place au sein de l'univers obstétrical d'aujourd'hui.

II. MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'un mémoire bibliographique, basé sur une revue de la littérature, pour laquelle nous avons utilisé différentes bases de données :

- Des bases de données scientifiques telles que la Bibliothèque Numérique Réseau de l'Université Catholique de Lille (PubMed, Science Direct).
- Des données sur Internet (Google Chrome).
- Des sites officiels des instances professionnelles suivantes : l'Ordre National des Sages-Femmes, l'Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes, l'Organisation Nationale Syndical des Sages-Femmes et l'Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes,
- Des sites officiels du gouvernement français (consultés sur Légifrance.fr et sur Social-sante.gouv.fr).

Par une analyse sociologique du contexte actuel dans lequel évolue les sages-femmes, il s'agira d'ouvrir certaines pistes de réflexion sur la vision future vers laquelle la profession progresse.

Mots clés :

- Profession de sage-femme,
- Evolution de la profession de sage-femme
- Grève de décembre 2013- Juillet 2014,
- Profession médicale,
- Statut de Praticien Hospitalier
- Statut des sages-femmes enseignantes et des étudiants
- Praticien 1^{er} recours
- Reconnaissance et autonomie
- Ministère de la santé

III. RESULTATS

La grève débute à l'automne 2013. Le 7 novembre s'organise la première manifestation à Paris rassemblant des sages-femmes de toute la France et de tous modes d'exercice confondus qui viennent défendre leurs revendications. Nous verrons dans un premier temps les événements marquants de cette grève dans leur chronologie et les actions qui s'y déroulent. Puis nous étudierons les revendications dont la majorité est portée par l'ensemble des sages-femmes bien que certaines de ces revendications semblent diviser le corps professionnel.

A. Contexte, déroulement et contenu de la grève [17].

Un appel est symboliquement lancé par les sages-femmes le 18 Juin 2013 depuis Bruxelles aux parlementaires pour les alerter sur le manque de reconnaissance et de visibilité de leur profession [20]. Plusieurs organisations professionnelles représentatives des sages-femmes et étudiants se sont regroupées sous la forme d'un Collectif. Celui-ci comprend l'Organisation Nationale et Syndicale des Sages-Femmes (ONSSF) qui constitue le syndicat majoritaire des sages-femmes, le Collège National des Sages-Femmes (CNSF), la Conférence Nationale des Enseignants en Maïeutique (CNEMA), l'Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes (ANESF), l'Association Nationale des Sages-Femmes Cadres (ANSFC), et la fédération Santé de la centrale syndicale CFCT. Par contre, le deuxième syndicat professionnel des sages-femmes, l'Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes (UNSSF) n'adhère pas au Collectif. Plusieurs grandes centrales syndicales s'associent aux revendications des sages-femmes, soit la Confédération Générale du Travail (CGT), Force Ouvrière (FO), la Confédération Française Démocrate du Travail (CFDT), et la Confédération Française de l'Encadrement - Confédération Générale des Cadres (CFE-CGC). Des syndicats de médecins et d'usagers prennent également part au débat, certains soutiennent le mouvement alors que d'autres s'y opposent. Ainsi se joignent aux sages-femmes le Syndicat des Médecins Libéraux (SML), The European Midwives Association, l'Union Française pour une Médecine Libre (UFML), le Collectif Inter-Associatif autour de la Naissance (CIANE), le Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens Français (SYNGOF) et la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale (FNCGM) [17].

Le Collectif défend une meilleure reconnaissance de la profession par un statut médical à l'hôpital, l'intégration de la formation à l'université avec des statuts adaptés pour les enseignants et les étudiants en maïeutique, et l'autonomie d'exercice élargie [19]. Il dénonce « [une] *non reconnaissance des responsabilités*, [une] *non reconnaissance statutaire*, [et une] *non reconnaissance salariale* » [21].

L'UNSSF soutient une partie des revendications portées par le Collectif des sages-femmes, mais est en désaccord profond avec celui-ci sur la question du statut médical des sages-femmes dans la Fonction Publique, soutenu par les centrales syndicales (sauf la CFCT, membre du Collectif) [22].

Une « *entrée en résistance* » est initiée le 5 Septembre 2013 [19]. Il s'ensuit un sit-in devant le ministère des Affaires Sociales et de la Santé le 16 octobre 2013 [18]. Le jour même, les sages-femmes découvrent qu'elles ne figurent pas dans le projet de loi de santé publique de 2014 [23], [24]. Cela marque le début de la grève.

La 18 octobre 2013, suite au premier rassemblement, les organisations professionnelles se réunissent en Assemblée Générale et décident une poursuite de la grève dans toutes les activités de sages-femmes et déclarent un « *burn out généralisé de toute la profession* » [25], ce qui reflète le besoin d'une plus grande visibilité et d'un réajustement de la profession [19].

Le 26 octobre 2013, les sages-femmes siègent devant les locaux de France Télévision pour une plus grande portée médiatique [26].

Le 7 novembre 2013, la première Marche des sages-femmes rassemble à Paris environ 6000 sages-femmes et étudiants sages-femmes. Un cahier de doléances est remis le jour même à la ministre. Le Collectif demande qu'une réflexion soit engagée sur les thèmes suivants : le caractère médical de la profession notamment la reconnaissance statutaire des sages-femmes hospitalières, le positionnement des sages-femmes comme acteurs de premier recours, la révision des décrets de périnatalité de 1998 jugés obsolètes, la formation initiale et continue des sages-femmes ainsi que la recherche en maïeutique [27]. En réponse à cette demande, Marisol Touraine ministre de la santé décide la mise en place de quatre groupes de travail placés sous la direction d'Edouard Couty, représentant du ministère des Affaires Sociales et de la Santé [19].

La troisième réunion concernant la reconnaissance statutaire des sages-femmes hospitalières se déroule le 16 décembre 2013, en même temps que s'organise une deuxième Marche des sages-femmes. A cette occasion, le Collectif « *avait menacé [...] de cesser les discussions sur leur statut hospitalier au ministère en l'absence de proposition concrète* ». Il participe finalement aux négociations bien qu'il estime « *que le ministère n'a pas entendu la principale revendication : un statut de praticien hospitalier sage-femme* » [28].

Le 21 janvier 2014, l'un des syndicats représentatifs des médecins, le Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France (SYNGOF) « *alerte les pouvoirs publics sur les conséquences des dérapages dans la pratique de certaines sages-femmes. L'autonomisation des sages-femmes, portée par le climat d'effervescence actuel, ne peut se faire qu'au péril des patientes* » [29]. De même, la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale proclame que « *céder aux sages-femmes sur le premier recours, c'est brader la santé des femmes et revenir loin en arrière.* » [30]. Face à ces accusations, l'Ordre National des Sages-Femmes dépose plainte contre les présidents de ces deux organisations pour « *manquement au devoir de confraternité* » [31]. Fin janvier, le Collectif Inter-

associatif Autour de la Naissance (CIANE), représentant des usagers, dénonce ces accusations faites à l'encontre des sages-femmes [32].

Le 19 février 2014, la troisième Marche des sages-femmes est organisée afin de dénoncer l'absence de décisions de la part du gouvernement [17].

Le 4 Mars Marisol Touraine annonce « *des avancées sans précédent pour les sages-femmes* » [33]. Mais trois jours plus tard, le Collectif informe qu'il rejette sa proposition [34]. Ce dernier déplore, qu'« *après cinq mois de mouvement, nous n'avons toujours pas été entendues par le gouvernement* », et organise « une semaine noire » dont le jeudi marque le sommet. Des actions symboliques accompagnent le mouvement (port de blouses noires par les sages-femmes, large sollicitation des médecins dans les avis et prescription ...) Le Collectif déclare « *Vous verrez ce que c'est qu'une profession qui n'est pas autonome* » [35], [36].

Une circulaire paraît le 10 avril, dans laquelle la ministre de la santé expose les différentes mesures en faveur d'une meilleure reconnaissance des sages-femmes [37]. Le 5 Mai, date de la journée internationale de la sage-femme est marqué par la quatrième Marche des sages-femmes. Début juin, les syndicats appellent à se réunir devant le ministère mais sans grand succès (une centaine de personnes répondront à l'appel). On observe petit à petit un essoufflement du mouvement et un écœurement des sages-femmes qui ne voient pas de réelles avancées [17].

En bilan de cette grève, le Collectif déplore « *qu'aucune mesure réelle ne soit prise pour valoriser les compétences médicales des sages-femmes et renforcer leur rôle comme acteur de santé publique* » après plus de 9 mois de mobilisation [19].

Au total, les travaux menés dans les groupes de travail sous la direction du ministère de la santé représentent :

- Pour le statut des sages-femmes hospitalières : 7 réunions de 3 heures entre le 2 décembre 2013 et le 6 février 2014.
- Pour la reconnaissance des sages-femmes comme praticien de premier recours : 4 réunions de 2 heures entre janvier et mai 2014.
- Pour la place des sages-femmes au sein des établissements de santé et la révision des décrets de périnatalité de 1998 : 2 réunions de 2 heures entre février et mai 2014.
- Pour la formation initiale et continue et recherche en maïeutique : 3 réunions de 3 heures entre janvier et février 2014. [19]

Les quatre groupes de travail ont réuni les représentants du ministère, des sages-femmes mais également des médecins. La grève s'est étendue sur presque une année avec de nombreuses actions symboliques dans les hôpitaux, des marches des sages-femmes, qui ont suscité de nombreuses

réactions de la part des différentes organisations de sages-femmes, de médecins, syndicales et du gouvernement. Il s'agit donc de comprendre ce que souhaitent voir aboutir les sages-femmes après leur mobilisation. Nous détaillerons donc chacune de leurs revendications.

B. Revendications

Quatre revendications sont rassemblées dans le cahier de doléances remis à la ministre de la santé le 7 novembre 2013. Dans leurs demandes figurent :

- Le statut de profession médicale pleinement reconnue pour les sages-femmes hospitalières,
- La place des sages-femmes comme praticien de premier recours pour les femmes,
- La révision des décrets de 1998 concernant les effectifs et l'activité des sages-femmes en maternité,
- L'intégration universitaire de la formation impliquant la révision des statuts des enseignants et des étudiants sages-femmes, et un accès à la recherche [19].

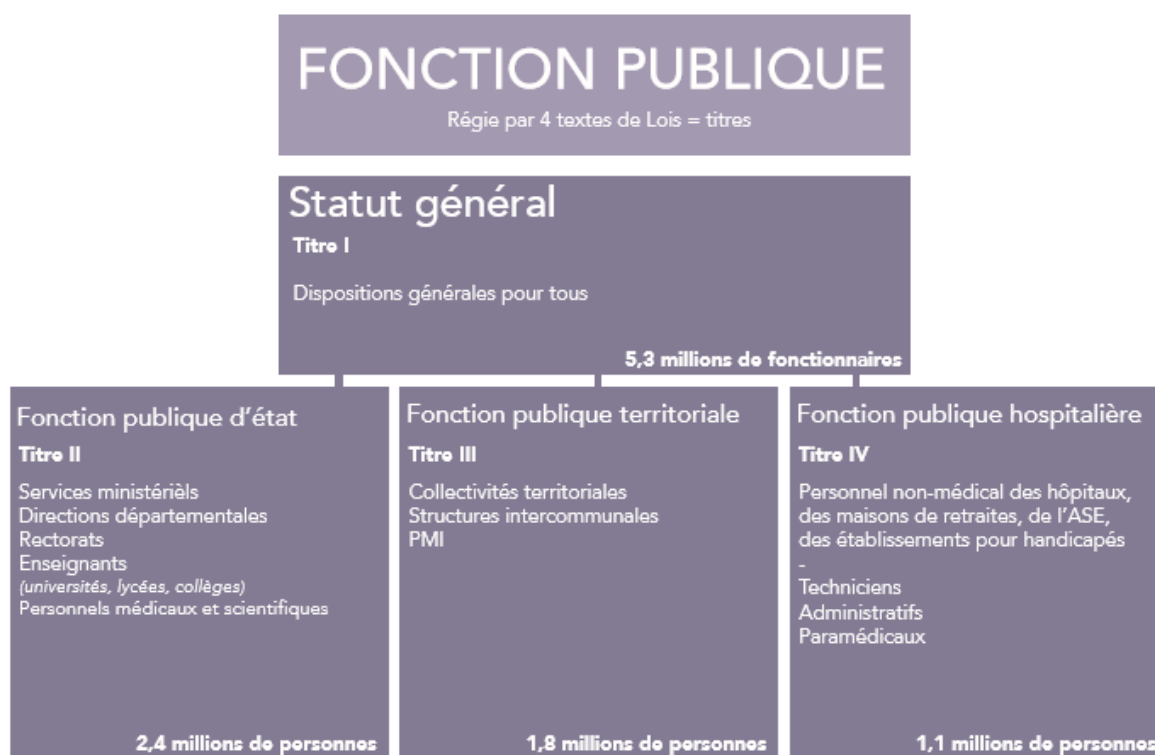
1. Le statut de la sage-femme hospitalière

La première des revendications concerne la place des sages-femmes dans la Fonction Publique notamment celle des sages-femmes hospitalières appartenant à la Fonction Publique Hospitalière (FPH). Selon le Collectif, *« les sages-femmes qui exercent à l'hôpital n'ont pas le même statut que les médecins, les odontologistes et les pharmaciens. Elles ne participent donc que peu ou pas à la gouvernance hospitalière dont elles subissent pourtant les effets dans les prises en charge qu'elles offrent à leurs patientes »* [19]. C'est pourquoi les sages-femmes demandent fermement un statut qui reconnaisse pleinement leur profession médicale à l'image des autres professions médicales et pharmaceutique qui répondent toutes au statut de praticien hospitalier.

Une partie des sages-femmes représentée par le Collectif lors de cette grève revendique leur sortie du titre IV (la Fonction Publique Hospitalière) pour intégrer le titre II (la Fonction Publique d'Etat). Ce changement de titre placerait les sages-femmes aux côtés des 2 autres professions médicales ainsi que celle de pharmaciens. Il s'agit d'une revendication ancienne, puisqu'elle figure également dans celles des grèves de 2001 et 2009 [9]. En 2013, les sages-femmes n'ont constaté aucune évolution, aucun aménagement pour une revalorisation de leurs compétences. *« Elles se sentent totalement ignorées et déconsidérées »* [37]. Le Collectif dénonce une *« inégalité vis-à-vis des autres professions médicales »* [9]. Cependant, cette revendication n'est pas partagée par l'ensemble des représentants de sages-femmes puisque l'Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes (UNSSF), deuxième syndicat représentant les sages-femmes s'oppose à la sortie de la FPH.

Pour comprendre les motivations du Collectif contre celles du parti opposé, il est nécessaire de comprendre comment s'organise la Fonction Publique Hospitalière, et comment celle-ci place les sages-femmes dans son organisation.

La Fonction Publique Hospitalière (FPH) est structurée par la loi n°86-33 du 9 janvier 1986¹³, quant au statut des sages-femmes hospitalières, celui-ci est défini par le décret n° 89-611 du 1 Septembre 1989¹⁴ [7], [38]. Les sages-femmes sont classées dans la catégorie A des professionnels de l'hôpital (commune aux infirmières, puéricultrices, psychologues, directeurs des soins, cadres de santé...), et sont placées dans une branche où le niveau d'étude est plafonné à Bac + 3 [9]. Le graphique ci-après illustre la scission des sages-femmes par rapport aux autres professionnels médicaux, intégrés au titre II alors que celles-ci figurent au titre IV de la Fonction Publique.



Collectif des sages-femmes, Statut de la sage-femme hospitalière, 2014 [9].

L'appartenance des sages-femmes à la FPH les rapproche des professionnels paramédicaux [7]. Ainsi, l'organisation du personnel hospitalier non médical s'applique à leur activité. De même, dans un certain nombre d'établissements de santé, la gestion des sages-femmes continue à être assurée par la Direction des Soins Infirmiers (DSI) malgré la circulaire du 3 Mai 2002¹⁵ qui préconise leur gestion par la direction des affaires médicales (qui régit les professions médicales de l'hôpital). Mais cette circulaire est peu appliquée puisqu'elle évoque une simple possibilité et non une obligation [9], [30]. Par ailleurs, cette même circulaire précise que l'activité des sages-femmes est également encadrée par les sages-femmes cadres et cadres supérieures, ce qui met en relief une double hiérarchie. D'un côté, les sages-femmes

¹³ Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006068965>

¹⁴ Décret n°89-611 du 1 septembre 1989 portant statut particulier des sages-femmes de la fonction publique hospitalière <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006067230&dateTexte=20090922>

¹⁵ Circulaire DHOS/M/P n° 2002-308 du 3 mai 2002 relative à l'exercice de la profession de sage-femme dans les établissements de santé publics et privés <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-22/a0222118.htm>

relèvent d'une instance administrative qui organise le système hospitalier. De l'autre, elles obéissent également à l'autorité intra-professionnelle d'autres sages-femmes appartenant à un grade supérieur [6], [9], [39]. Enfin la différence de statut entre sages-femmes et médecins au sein de la Fonction Publique implique, selon le Collège National des Sages-Femmes une troisième hiérarchie dite « virtuelle ». En effet, les *« médecins qui sont reconnus comme seuls responsables des services de gynécologie-obstétrique [...] limitent, voire contraignent fortement le rôle de la sage-femme dans certains établissements »* [7].

C'est pourquoi, l'appartenance au titre II de la Fonction Publique procurerait selon le Collège National des Sages-Femmes un certain nombre d'avantages pour les sages-femmes hospitalières. Il affirme que la sortie de la FPH ouvre l'accès à une pleine reconnaissance de leurs compétences, et les place aux côtés des autres professions médicales comme c'est déjà le cas dans le recrutement des étudiants avec la PACES. Le CNSF soutient qu'un tel changement offre la possibilité d'une revalorisation de salaire à hauteur des responsabilités que les sages-femmes détiennent [7].

Selon le site de périnatalité Parent.fr *« l'enjeu est tout aussi idéologique que financier. Mais leurs requêtes s'étendent au-delà du domaine hospitalier »* [23]. Et effet le CNSF décrit grâce à ce statut la possibilité d'un cumul de différents types d'exercice (entre public, libéral et privé) qui favoriserait un exercice à la fois hospitalier et extra-hospitalier. Par extension, le CNSF propose une application de ce statut aux sages-femmes exerçant dans le secteur territorial, dans des structures privées ainsi que dans l'enseignement.

Selon le CNSF, ce statut peut s'appliquer aux sages-femmes classées dans le titre III de la Fonction Publique (sages-femmes territoriales) dans la mesure où leurs activités se rapprochent de celles des sages-femmes hospitalières. Concernant le secteur privé, il propose un statut de praticien libéral appliqué aux sages-femmes, à l'instar des médecins qui perçoivent des honoraires lorsqu'ils exercent en hôpital privé ou en clinique [7]. Enfin, pour les sages-femmes enseignantes, ce statut offrirait la possibilité d'un croisement d'activité entre clinique, enseignement et recherche, ainsi que l'accès au statut bi-appartenant hospitalo-universitaire de Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier (MCU-PH) ou de Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (PU-PH) [7], [9].

Dans cette configuration, ce statut s'étendrait donc à l'ensemble de la profession. Il place la sage-femme aux côtés de ses homologues médicaux, et l'inscrit dans l'organisation du personnel médical. De plus, selon le Collectif, de par l'obtention du statut de praticien hospitalier, les sages-femmes jouiraient d'une meilleure organisation de la profession par un meilleur accès à la formation continue, un aménagement du temps de travail (temps plein, partiel, aménagé), et une plus grande autonomie en pratique [7], [9], [27].

Mais la revendication du Collectif est loin de faire l'unanimité puisqu'elle va rencontrer l'opposition du deuxième syndicat des sages-femmes. En effet, l'Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes s'est positionnée contre la sortie des sages-femmes de la FPH. Le syndicat s'accorde cependant avec le

Collectif sur un certain nombre de mesures à éclaircir. Il définit un socle commun qui permettrait de reconnaître au sein de la FPH le caractère médical de la profession [22], [40].

En premier lieu, l'UNSSF déclare que l'ambiguïté entre professions médicales et paramédicales doit être levée. De même, le syndicat souhaite une gestion des sages-femmes par la Direction des Affaires Médicales ou la Direction des Ressources Humaines (la Direction des Soins Infirmiers devant être réservée aux paramédicaux). L'UNSSF précise que « *les sages-femmes au même titre que les autres professions médicales devront relever de l'autorité fonctionnelle du chef de pôle* ». De même, il affirme que ce sont aux sages-femmes d'assurer « *la responsabilité médicale des unités physiologiques au sein des établissements de santé* » [22].

Cependant, l'ensemble de ces mesures ne nécessite pas selon l'UNSSF un changement de statut. Il s'agirait plutôt d'opérer des ajustements au sein du statut actuel puisqu'il affirme qu'une sortie de la FPH conduirait à « *une détérioration des conditions réelles de travail* » pour les sages-femmes [41]. Ce syndicat propose donc la création d'une filière maïeutique avec une réorganisation de ce statut particulier pour la sage-femme hospitalière dont découlerait une revalorisation salariale correspondant au niveau d'études bac +5 (équivalent à celui des ingénieurs de la FPH) [42]. L'UNSSF privilégie un statut uniforme dans l'ensemble des établissements, ainsi qu'une égalité de traitement dans l'ensemble du service public. Il défend la sécurité de l'emploi au sein de la fonction publique hospitalière, puisque le statut PH engendrerait selon lui d'autres statuts « *plus précaires* » [42]. Enfin, le syndicat soutient que « *les sages-femmes souhaitent donc une véritable évolution de statut sans pour autant mettre à mal la protection que représente la fonction publique hospitalière* » [41].

Des négociations s'organisent ainsi au sein des réunions de groupes de travail dès la fin novembre afin d'ouvrir les discussions sur ce statut et sa reconnaissance médicale.

Lors de la réunion du 6 février 2014 sur la question du « statut », il est convenu que la gestion des sages-femmes soit confiée à la Direction des Affaires Médicales (ou à défaut de la Direction des Ressources Humaines) [43].

Concernant le statut juridique de la sage-femme, deux options sont proposées. Soit les sages-femmes sortent de la FPH et adoptent un statut spécifique de praticien en maïeutique, soit elles restent dans la FPH sans modification du statut actuel [43]. Or, Adrien Gantois membre du CNSF, soutient que ces « *deux propositions [...] ne tiennent pas compte de nos revendications* ». En effet il s'agit de conserver un statut déjà en vigueur ou d'adopter un « *nouveau statut de praticien en maïeutique qui aurait les inconvénients du statut de praticien hospitalier sans les avantages* » [44], statut qualifié de « *bâtard ni praticien hospitalier ni fonction publique hospitalière* » d'après le Collectif [35]. Ce dernier annonce que seule l'intégration des sages-femmes aux côtés des professions médicales et pharmaceutique est envisageable. Selon lui, « *il n'est pas question de créer un chapitre spécifique aux sages-femmes dans le titre V, ce qui mettrait une fois de plus les sages-femmes à part.* » [45]. Pourtant, le ministère propose par la suite la création d'une filière médicale au sein de la FPH. Alors que le Collectif interroge sur l'accès à l'ensemble des professions médicales, les syndicats de PH, conviés aux réunions « statut », s'y

opposent formellement. Selon eux, cette filière est « *verrouillée et accessible aux seules sages-femmes* », il s'agit donc d'un statut exclusivement maïeutique. Devant ces propos jugés inacceptables, une partie du Collectif quitte la réunion [45].

De même, la DGOS propose qu'au sein de ce statut spécifique, les sages-femmes soient classées en 2 grades, le premier concernant toutes les sages-femmes. L'accès au deuxième grade est envisagé après 8 ans d'ancienneté selon un ratio annuel (alors qu'il n'existe pas de ratio chez les médecins) [46]. Il en découle la question du statut de cadre (sages-femmes de grade supérieur - *développé plus loin*), les PH s'inquiétant « *de voir disparaître les sages-femmes cadres* » selon le Collectif. Pourtant, ce dernier affirme qu'il n'existe pas un tel statut pour les médecins. Une fonction de coordination est annoncée par M Couty, avec une indemnité spécifique [45]. Monsieur Debeauvais, directeur de la DGOS énonce que le second grade (celui de cadre sage-femme) sera « *unique [...] dans un premier temps* » et accueillera « *l'ensemble des sages-femmes cadres et cadres supérieurs.* » Puis, ce titre deviendra un « *grade d'avancement pour les autres sages-femmes* » ensuite. La fonction de second grade correspond à des fonctions dites « *d'expertise, [...], de coordination ou d'enseignement* ». Enfin est créé un « statut emploi » de 150 postes pour une durée de 5 ans, incluant « *les futurs responsables d'unités physiologiques* », « *les directrices d'écoles* » et les sages-femmes coordinatrices responsables de grosses structures (maternités de niveaux III et les plus importantes de type II). Mais le Collectif dénonce une inégalité puisque cette fonction s'adresse uniquement aux sages-femmes exerçant dans un certain type de structures [46].

Par ailleurs, plusieurs aspects de la profession de sage-femme sont abordés, notamment le mode de recrutement, la représentation des sages-femmes au sein des établissements de santé et les commissions administratives paritaires¹⁶.

Concernant le recrutement des sages-femmes, il est proposé soit sur titres (cas actuel pour les sages-femmes) soit sur concours national (cas des praticiens hospitaliers). [43] Le mode de recrutement en vigueur est finalement maintenu [45], [46].

Du point de vue de leur représentation, selon le directeur de la DGOS, les sages-femmes sont « *dans un positionnement exceptionnel* » puisque représentées à la fois par la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et le Comité Technique d'Etablissement¹⁷ [46]. Pourtant Mr Couty avait annoncé l'inverse lors d'une réunion précédente. Selon lui, les sages-femmes répondraient seulement de la CME, ce qui affirmerait « *une reconnaissance du caractère médical* » [45], [46]. Enfin les sages-femmes sont placées dans une Commission Administrative Paritaire (CAP) relative aux personnels de

¹⁶ D'après le décret n°2003-761 du 1 août 2003 relatif aux commissions administratives paritaires de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, « Les commissions administratives paritaires sont constituées ou renouvelées à la suite d'élections générales ou partielles organisées pour la désignation des représentants du personnel », « elles comprennent en nombre égal des représentants de l'administration et des représentants du personnel. » Consulté sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000229840>

¹⁷ CME : CTE : instance consultative qui rendent un avis sur les questions d'ordre collectif à la vie d'établissement [30].

catégorie A de la FPH (services de soins, services médicotechniques et services sociaux)¹⁸. La DGOS propose de créer une CAP spécifique aux sages-femmes. Celle-ci serait alors caractéristique de la filière médicale que représentent les sages-femmes au sein de la FPH [46].

Parallèlement aux discussions propres à l'organisation de la profession, cinq inter-syndicats de PH¹⁹ ont pris part aux débats de ce groupe de travail « statut ». Ils « *estiment [...] difficile la transposition de leur statut de PH aux sages-femmes* » et mettent en garde sur les contraintes auxquelles elles répondraient, « *les journées de 24H, la durée moyenne de travail de 55h minimum, la retraite à 67 ans et l'entière responsabilité médico-légale* » [47]. Ils alertent également les sages-femmes qu'une sortie de la FPH présente de nombreux désavantages, « *temps de travail réglementé, condition ou retraite dramatique, soumission croissante à la hiérarchie hospitalière depuis la loi HPST* » [48]. Selon le SYNGOF, il faut « *[...] maintenir le champ délimité des compétences des sages-femmes* » [48]. Il emploie même les termes de mise en « *danger des patientes si les sages-femmes accèdent au statut PH.* » [49].

Les unités physiologiques ont également suscité des réticences chez les médecins. L'enjeu est de permettre aux sages-femmes d'en assurer la gestion en toute autonomie. Ces unités rentrent pleinement dans le champ de compétences de la sage-femme puisqu'elles intègrent des situations physiologiques et les grossesses à bas risque [9]. Mais les PH s'opposent aux demandes des sages-femmes. Selon eux, une situation « *peut devenir à tout moment pathologique* ». On parlerait par ailleurs « *d'espaces physiologiques dans la mesure où ils seraient approuvés par la Commission Médicale d'Etablissement* » [43].

En conclusion, malgré plusieurs points communs, de fortes disparités s'élèvent entre les différents représentants présents aux réunions « statut ». En premier lieu, le Collectif, au sein duquel se positionnent les syndicats CFCT et ONSSF, revendique fermement l'accès au statut de Praticien Hospitalier, hors de la FPH. Selon lui, ce statut procure aux sages-femmes la reconnaissance qu'elles tentent d'obtenir depuis des décennies. Mais l'UNSSF en alliance avec les autres centrales syndicales s'oppose à ce changement de statut. Les syndicats de médecins se dressent également contre l'obtention de ce statut. Il semble donc que les espoirs portés par le Collectif soient finalement compromis. La reconnaissance passe également par une plus grande visibilité des compétences des sages-femmes, c'est ce que soutient la seconde revendication.

¹⁸ Instruction N° DGOS/RH3/2014/196 du 17 juin 2014 relative aux règles applicables aux élections aux commissions administratives paritaires locales et départementales et aux comités techniques des établissements publics de santé et aux établissements publics sociaux médicaux sociaux. Consulté en ligne : http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2014/06/cir_38449.pdf

¹⁹ Syndicat National des Médecins Chirurgiens, Spécialistes, Biologistes et Pharmaciens des Hopitaux (SNAM-HP), Intersyndical National des Praticien Hospitalier (INPH), Conférence des Praticiens Hospitaliers (CPH), Coordination Médicale Hospitalière (CMH), Avenir Hospitalier)

2. Sage-femme, praticien de premier recours

Cette seconde revendication s'inscrit dans la continuité de la première. Elle vise à rétablir la pleine autonomie des sages-femmes en les positionnant « *dans le parcours de santé en soins primaires pour la femme enceinte ou non* » [21] d'après le Collectif.

Les séances des groupes de travail « sages-femmes premier recours » sont coordonnées par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS). Les réunions rassemblent les représentants des centrales syndicales suivantes, l'Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes (UNSSF), le Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France (CNGOF), la Fédération Hospitalière de France (FHF), la Fédération des Médecins de France (FMF), les Médecins Généralistes de France (MGF), le Syndicat des Médecins Libéraux (SML). De plus, les membres du Collectif des Sages-Femmes prennent part aux interventions, avec l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL), et des instances représentatives du système de santé telles que la Haute Autorité de Santé (HAS), des représentants des Agences Régionales en Santé (ARS), la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), et l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM).

Plusieurs points essentiels sont abordés. En premier lieu, les sages-femmes souhaitent une large information sur leurs compétences adressée aux professionnels et aux usagers. Elles souhaitaient aussi la révision d'un certain nombre d'articles encadrant l'activité des sages-femmes. Enfin, différents lieux sont décrits au sein desquels les sages-femmes exerceraient de manière indépendante.

Le but de ces groupes de travail est d'identifier les différents acteurs et de cibler leur rôle dans le parcours de santé des femmes. Ce parcours concerne le suivi médical de grossesse, le suivi gynécologique, les consultations de contraception et la santé génésique des femmes. Le Collectif a insisté sur « *l'importance du socle de santé primaire* » [50]. Il l'illustre par la répartition d'une prise en charge ciblée des professionnels de santé en fonction de la population (maladies chroniques gérées par les médecins généralistes et le suivi des femmes confié aux professions plus spécialisés dans ce domaine). La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) qui coordonne la discussion, conclut sur la nécessité « *d'une coopération professionnelle et le besoin de visibilité des sages-femmes* ». Il s'agit de « *revoir l'offre de soin en périnatalité avec la place, les pratiques et les priorités de chaque professionnel* » [50]. Après avoir replacé les professionnels dans le parcours des femmes, l'idée est de favoriser la diffusion d'une information claire sur les compétences propres des sages-femmes et la possibilité d'un suivi par celles-ci, en laissant aux femmes le libre choix de leur praticien. Il s'agit de positionner la sage-femme comme praticien de premier recours, tous modes d'exercice confondus (libéral et hospitalier) [21], [51]. Cela signifie, pour le Collectif, admettre que les sages-femmes soient reconnues comme « *spécialistes du suivi de la femme en bonne santé et de la grossesse normale* » [51].

De plus, afin de permettre un libre choix aux patientes, il s'avère nécessaire de les informer sur leur possibilité de suivi et sur les praticiens habilités à les prendre en charge. Il est question ici de la lisibilité de l'offre et la complémentarité des acteurs de premier recours. De même, les autres professionnels de

santé ainsi que les ARS doivent aussi connaître le rôle des sages-femmes pour « *les inclure au sein du programme régional de santé (PRS)* ». Pour répondre à cela, la DGOS propose une révision de la plaquette d'information existante sur les compétences des sages-femmes à destination des professionnels. Selon le Collectif, il faut généraliser les informations faites sur Programme d'Accompagnement de retour à Domicile (PRADO) « *à l'ensemble des compétences des sages-femmes* ». Par contre, il n'est pas prévu de communication spécifique sur les sages-femmes vers le grand public. Le Collectif propose également d'informer sur un remboursement intégral d'une consultation de prévention gynécologique et de santé sexuelle [50].

Lors de la dernière réunion, le Collectif reçoit « *l'assurance d'un plan de communication large [...] en plusieurs étapes* » pour la visibilité des sages-femmes (« *vers les institutions de prévention (Inpes, Inca, Invs), les professionnels de santé notamment les pharmaciens* », et également « *des femmes* ») [52].

Afin de favoriser un accès privilégié en matière de prévention des grossesses non désirées et des infections sexuellement transmissibles, le Collectif propose 2 nouveautés. Il s'agit de créer une consultation ciblée et systématique destinée aux jeunes adolescentes. Celle-ci serait assurée par une sage-femme (ou un médecin généraliste) pour une meilleure visibilité de la profession [19], [50]. De même, le Collectif demande d'ouvrir aux sages-femmes la pratique de l'IVG médicamenteuse, (incluant la révision de plusieurs articles) [53].

Par ailleurs, le Collectif propose la création d'un nouveau statut pour les SF territoriales, celui de Praticien Territorial en Maïeutique basé sur une durée déterminée par le contrat afin de répondre à des offres médicales jugées insuffisantes ou un accès aux soins restreint. Le contrat se ferait en lien avec les ARS [53].

L'UNSSF demande également « *un aménagement de la nomenclature des actes existants* » citant comme exemple « *la première consultation de grossesse [qui] prend souvent plus de temps que les autres* ». Enfin le syndicat souhaite « *un accès plus large à l'entretien prénatal, de façon partagée avec les autres professionnels de santé* » [50]. En effet le Collectif propose une modification de l'article L 2122-1 du CSP relatif au suivi au suivi de grossesse, incluant le recours systématique à l'entretien prénatal précoce ainsi que la création d'un entretien post-natal, pour une meilleure prévention et éducation des femmes enceintes. Cette modification entrainerait une cotation spécifique [53].

Dans un second objectif, comme énoncé ci-dessus, le Collectif souhaite la révision de plusieurs articles du Code de la Santé Publique (CSP) relatifs aux compétences et à l'autonomie de la sage-femme [53]. Selon lui, les listes concernant le droit de prescription et de vaccination par la sage-femme la contraignent dans son exercice quotidien. Il les considère comme obsolètes et demande leur suppression, à l'image des chirurgiens-dentistes [54].

De plus, le Collectif demande la modification des articles L-4151-1 et L-4151-3 du CSP relatifs à la pratique de l'examen postnatal et à la surveillance des grossesses pathologiques. Il s'agit de définir la pleine compétence des sages-femmes à les pratiquer, celles-ci adressant les patientes aux médecins seulement s'il y a une pathologie dans l'examen du *post partum*, de même qu'elles font appel au médecin

en cas de grossesse pathologique. Le Collectif plaide pour une surveillance et une prise en charge conjointe lors d'une situation pathologique en collaboration et en concertation entre médecin et sage-femme [52].

La prescription d'arrêt de travail par une sage-femme doit s'allonger selon le besoin de la patiente affirme le Collectif. Ainsi, la sage-femme doit « *pouvoir prescrire sur le congé prénatal, la période supplémentaire de 2 semaines, ainsi que sur le congé postnatal la période supplémentaire de 4 semaines accordée en cas d'état pathologique lié à la grossesse ou à l'accouchement* » [53].

Au final, les demandes du Collectif relatives à la suppression des listes et l'allongement d'arrêt de travail sont catégoriquement refusées. Celles relatives à l'examen post-natal et au suivi de grossesses pathologiques reçoivent un avis favorable. L'article concernant l'examen post-natal est donc révisé et stipule désormais que « *la sage-femme peut effectuer l'examen post-natal à condition d'adresser la femme à un médecin en cas de situation pathologique constatée* ». De même que l'article L-4151-3 énonce que « *la surveillance et la prise en charge conjointe d'une situation pathologique [se fait] en collaboration et en concertation* » [52].

Enfin, trois différents lieux s'appliquent à la pratique de la sage-femme dans le cadre du premier recours : les maisons de naissance, les maisons pluri-professionnelles et l'accès aux plateaux techniques par les sages-femmes libérales.

Concernant les maisons de naissance, « *les parents sont demandeurs [...] mais l'un de freins est la question de l'assurance* » selon le Collectif [50]. Un décret est prévu pour 2014, applicable pour un début d'expérimentation en 2015 [55].

Les maisons de santé pluri-professionnelles doivent « *avoir un projet de travail de proximité entre les différents acteurs libéraux* » [42] selon le syndicat des Médecins Généralistes de France (MG France). Le Collectif demande à ce que les démarches au sein de ces dispositifs soient plus claires [42]. Il approuve le développement de l'exercice des sages-femmes dans ce type de structure qui répond à la mission d'accès aux soins. Mais, il est rappelé que « *cela ne doit pas être l'unique mesure favorisant la visibilité des sages-femmes dans le premier recours* » [55].

Concernant les plateaux techniques et leur accès, la DGOS propose la diffusion aux établissements de santé d'un document d'information sous la forme d'un modèle de convention, afin d'en expliquer les principes et les conditions de pratique au sein de ces aménagements. Le Collectif précise également que l'accès aux plateaux techniques est ouvert aux médecins mais pas aux sages-femmes (le mot « sages-femmes » n'apparaît pas aux côtés des médecins dans deux des articles concernant les plateaux techniques) [53]. La DGOS s'engage à corriger cet « oubli » et inclure les sages-femmes dans ces articles [52].

Il est à noter qu'au début des groupes de travail, le Collectif s'est élevé contre la proposition de la DGOS qui planifie l'organisation de 2 sous-groupes de travail en imposant la présence de 4 médecins sur les 10 professionnels. Le Collectif refuse de cautionner cette « *mascarade ! A l'heure où les sages-femmes*

[...] *souhaitent exercer la maïeutique en toute autonomie.* » Il a alors proposé un premier groupe (traitant des actes spécifiques aux sages-femmes) constitué uniquement de sages-femmes et un deuxième pluri-professionnel pour les sujets plus généraux, la proposition n'a pas été retenue [56].

Quelques mesures ont été obtenues par la profession. Mais il semble qu'elles soient isolées les unes des autres et ne s'inscrivent pas dans un schéma global. Le positionnement des sages-femmes comme praticien de premier recours n'est pas encore vraiment défini. Certes il est important d'informer sur les compétences des sages-femmes, et d'élargir celles-ci mais bien que la possibilité de réaliser les IVG médicamenteuses étend leur domaine d'exercice, celle-ci leur permet-elle une affirmation de leur place dans le champ de la périnatalité et du suivi des femmes ? Une sage-femme interrogée regrette que ce soit « *toujours pareil : on nous rajoute des compétences en plus sans reconnaître ce qu'on fait au quotidien. Et on devrait les remercier de nous faire cet honneur* » [57]. En effet, les mesures adoptées pour cette deuxième revendication ne rentrent pas dans une perspective de revalorisation globale du métier. Cette démarche s'inscrit également dans la formation des sages-femmes qui revendiquent là encore une indépendance à l'université.

3. Formation initiale, formation continue et recherche en maïeutique

La formation des sages-femmes comprend deux versants. Premièrement, la formation initiale qui correspond au cursus d'études et débouche sur le diplôme d'Etat. Celle-ci est actuellement morcelée entre université et écoles hospitalières. C'est pourquoi cette troisième revendication soutient une uniformisation du cursus à l'université. Le second versant comprend la formation continue des sages-femmes qui regrettent que celle-ci soient difficile d'accès et encore trop proche du système paramédical, qui ne correspond donc pas à leur niveau de formation. Enfin la recherche en maïeutique, encore peu développée s'inscrit également dans la demande des sages-femmes. Elle constitue un troisième paramètre dans la formation des sages-femmes.

La problématique de la formation initiale comporte deux éléments interdépendants. D'une part les sages-femmes souhaitent que leur formation soit désormais intégrée à un modèle universitaire et non plus au sein d'écoles de sages-femmes. Ce statut respecterait « *l'autonomie de la filière maïeutique, notamment d'un point de vue budgétaire, tout en garantissant une qualité pédagogique, scientifique et administrative* » [19]. Dans cette démarche, un changement de statut doit s'opérer concernant les acteurs du système d'enseignement. Les enseignants sages-femmes doivent désormais pouvoir exercer une activité pédagogique en toute autonomie, parallèlement à un exercice clinique, et à la recherche en maïeutique ce qui implique donc le développement cette dernière. En effet, selon le Collectif « *les sages-femmes doivent conserver le triptyque enseignement-recherche-soin* » [58]. Cette composante conférerait ainsi aux enseignants sages-femmes un statut universitaire permettant un exercice

pluridisciplinaire. Le statut des étudiants sages-femmes doit également être aligné sur les autres étudiants médicaux et pharmaciens de l'hôpital.

Les réunions de ce groupe de travail rassemblent un représentant du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche (MESR), des membres de la direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP) et de la DGOS, une partie du Collectif (CNEMA, ANESF, ANSFC, CNOSEF et CNSF), ainsi que les représentants de centrales syndicales et l'UNSSF. De plus, les réunions rassemblent la directrice de l'Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée (EU3M), les présidents de la conférence des doyens (de pharmacie, odontologie et médecine), le professeur Ville représentant des PU-PH et des représentants des régions et des Centres Hospitalo-Universitaires (CHU).

Concernant la formation initiale, le Collectif pointe un décalage des étudiants sages-femmes par rapport aux autres cursus médicaux. En effet, il s'avère que c'est « *l'unique profession médicale* » débutant par une première année de cursus à l'université mais qui se poursuit au sein d'écoles de sages-femmes hospitalières. Il s'agit donc d'intégrer l'ensemble de la formation au sein d'un parcours universitaire et de revoir ainsi le statut des sages-femmes enseignantes [59]. Ce Collectif revendique que « *la maïeutique doit devenir une discipline universitaire à part entière* » [51]. L'intégration universitaire se ferait selon le modèle de l'école universitaire de Marseille et il a d'ailleurs été proposé d'inviter le Pr Berland pour en présenter le fonctionnement [60]. Le modèle d'écoles hospitalières rattachées à un CHU doit être supprimé selon le professeur Ville [59]. Le ministère évoque un regroupement des écoles de sages-femmes en trop grand nombre actuellement, selon un schéma régional. Une Unité de Formation et de Recherche (UFR) mixte est discutée.

La question des sage-femme enseignantes est soulevée dans le groupe de travail « formation » mais celle-ci est renvoyée au groupe de travail « statut ». Pourtant ce dernier avait déjà renvoyé cette question au groupe de travail « formation » [60]. Les représentants délèguent donc la question prétextant que le sujet ne s'inscrit pas dans leur réunion, mais au final personne ne traite ce point.

S'agissant de la formation continue, il existe par ailleurs des « *disparités et difficultés d'accès* » à la formation continue, et en particulier les formations universitaires diplômantes soulignent les sages-femmes hospitalières [59]. Lors de la réunion suivante, le Collectif annonce que les demandes concernant le développement professionnel continu semblent « *majoritairement honorées* » [60].

Est aussi abordé dans ce groupe de travail la question de l'accès à la recherche, à faciliter pour les sages-femmes. Il a été demandé la création de la filière maïeutique au sein du Conseil National d'Université (CNU santé) pour compléter celles existant déjà (médecine, pharmacie et odontologie). Cela ouvre aux sages-femmes ayant suivi un doctorat la possibilité d'intégrer des postes d'enseignants-chercheurs ou hospitalo-universitaires [60].

L'intégration universitaire ne semble pas avoir connu d'avancée majeure, bien que le modèle de l'école de maïeutique à Marseille fonctionne parfaitement depuis plusieurs années. Les universités évoquent un « *potentiel de développement* » selon le Collectif, dans le domaine de la recherche en maïeutique. [19] La quatrième revendication concerne l'organisation hospitalière des maternités par des décrets de 1998.

4. Révision des décrets de périnatalité

Les décrets de périnatalité datent de 1998 et définissent la place de la sage-femme en établissement de santé [61]. Ils s'inscrivent « *dans un plan d'ensemble qui vise à améliorer la sécurité de la mère et de l'enfant lors de l'accouchement et à assurer des soins de qualité aux nouveau-nés* » Il s'agit de mettre « *en réseau différentes maternités avec une hiérarchisation précise des niveaux de soins de néonatalogie et l'élaboration de normes minimales de personnels sont des éléments essentiels* »²⁰. Mais, en 20 ans le système de santé a beaucoup évolué. Les établissements se sont regroupés en plus grosses structures modifiant ainsi l'organisation et les conditions de travail. Ces décrets ne sont plus adaptés à l'activité et aux effectifs actuels du personnel des maternités, ce qui justifie la révision de ces textes pour les sages-femmes [19].

Or, selon le Collectif, « *les seules actions menées par le Ministère se résument à attendre les résultats de trois enquêtes* ». De même que pour cette revendication il est « *seulement prévu une circulaire visant à clarifier ces décrets* » [62].

Au final, les sages-femmes ont défendu leur profession pour qu'elle soit désormais prise en compte à l'égal des autres professions médicales et pharmaceutique. Elles manifestent pendant des mois pour une reconnaissance par un statut médical, une autonomie et une visibilité dans leur exercice par une place de premier recours, pour une formation universitaire et autonome par un statut des enseignants pleinement intégré à l'université avec des nouvelles possibilités d'exercice et de recherche ainsi qu'un statut hospitalier des étudiants.

Après avoir compris ce que les sages-femmes recherchent et revendiquent, nous nous intéressons désormais à ce qu'elles ont obtenu. Que ressort-il de cette grève ? Quels sont les mesures concrètes qui répondent à leurs attentes, et quelles sont les échecs ?

²⁰ Circulaire DH/EO3 n° 98-681 du 18 novembre 1998 relative à l'application des décrets du 9 octobre 1998 sur la sécurité périnatale. Consulté sur <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/1998/98-50/a0503153.htm>

C. Bilan de la grève

La profession de sage-femme peut se définir selon trois piliers fondamentaux : sa formation, ses compétences et ses modes d'exercice. C'est au sein de ces piliers que les revendications de la grève de 2013 s'inscrivent, de par une volonté de changer le statut des sages-femmes hospitalières, d'être reconnues dans leurs compétences par le positionnement des sages-femmes en première ligne et enfin d'intégrer la formation à l'université avec des statuts adaptés dans l'enseignement. Une quatrième revendication émerge concernant les décrets de périnatalité de 1998 que les représentants de sages-femmes jugent obsolètes. Celle-ci ne sera volontairement pas inscrite dans nos trois piliers puisqu'elle ne constitue pas à elle seule un pilier permettant de définir la profession de sage-femme. En effet, la grève n'aura pas d'impact sur cette attente.

La grève des sages-femmes a donc débuté à l'automne 2013 et traduit un sentiment général de mal-être dans la profession. Celles-ci se sentent ignorées et dévalorisées quotidiennement selon le Collectif « *tant dans les établissements de santé, dans le secteur territorial que dans le secteur libéral* » [21]. Le mouvement de grève touche donc tous les secteurs d'activités des sages-femmes.

En réponse à cela, cinq mois après le début de la grève, Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé annonce dans une conférence de presse des « *avancées sans précédent pour les sages-femmes* » [33]. Elle décrit cinq mesures :

- La création du statut de « sage-femme des hôpitaux » pour favoriser une reconnaissance du statut médical des sages-femmes et leur gestion par une instance en charge du personnel médical.
- La valorisation des compétences médicales des sages-femmes par la mise en place d'une campagne d'information et d'une cotation spécifique aux sages-femmes.
- L'attribution de nouvelles responsabilités en les intégrant à l'élaboration de projets d'établissement, à la gestion d'unité fonctionnelle, avec leur participation systématique aux activités de recherche, un accès à des missions d'intérêt général à caractère public (notamment dans des actions de prévention et en santé territoriale).
- Le renforcement de la formation des sages-femmes par une amélioration du statut des étudiants et un encadrement par un maître de stage.
- Et enfin une revalorisation salariale.

Ces paroles sont cependant rejetées par le Collectif qui dénonce « *une coquille vide proposée par [leur] ministre sous tutelle* » [34].

Comme mentionné précédemment, concernant la révision des décrets de périnatalité 1998, ceux-ci ne constitue pas un véritable pilier de la profession. Ils régissent les conditions qui s'appliquent à l'exercice des sages-femmes au sein des structures hospitalières en termes d'effectifs et d'activité. Le Collectif

revendiquait une révision de ces derniers puisque les conditions et la structure des hôpitaux ont évolué. La ministre annonce dans sa circulaire du 10 Avril 2014 des « *clarifications nécessaires [qui] seront apportées par une instruction ultérieure quant à l'interprétation des décrets périnatalité de 1998 notamment les normes d'effectifs sages-femmes en secteur de naissance* » [36]. Il s'avère que la seule disposition adoptée est la rédaction d'une circulaire qui permettrait une meilleure compréhension pour les établissements de santé et les agences régionales de santé [19].

Pour les trois autres revendications, il s'agit donc de dresser le bilan des mesures ministérielles appliquées concrètement et les changements qui en découlent concernant le statut, les pratiques, et la reconnaissance des sages-femmes par les différents acteurs du système de santé (professionnels et usagers) et la formation. Ainsi nous pointerons les échecs de cette grève de 2013.

1) Statut

La première revendication porte sur le statut des sages-femmes, notamment celles en exercice hospitalier. Les sages-femmes hospitalières se voient attribuées une nouvelle appellation, « sages-femmes des hôpitaux » qui ne satisfait cependant pas l'ensemble de la profession.

a. Exercice salarié

- La sage-femme hospitalière devient « sage-femme des hôpitaux », quels changements en pratique ?

Le statut PH est une revendication importante de par les conséquences qu'il engendrerait dans la profession de sage-femme. Celui-ci ferait basculer les sages-femmes des hôpitaux publics de la fonction publique hospitalière à la fonction publique d'Etat. Pour certains représentants de sages-femmes, il est la seule manière d'accéder à une vraie reconnaissance des responsabilités et compétences médicales des sages-femmes. Pour d'autres il s'avère dangereux et engendrerait une perte d'avantages pour celles-ci. Avant le mouvement de 2013, bien qu'il soit déjà question d'un profond désir de reconnaissance par un statut différent, la profession évolue au sein du titre IV de la FPH parmi le personnel non médical.

Lors de son discours du 4 mars 2014, la ministre de la santé propose la création du statut particulier de « sage-femme des hôpitaux » [33]. Un mois plus tard, Marisol Touraine expose dans une circulaire²¹ les mesures prises concernant la reconnaissance des sages-femmes hospitalières (dont l'application de certaines dispositions date du décret n°2013-841²² du 20 septembre 2013, soit un mois avant le début de la grève) [36]. Cette circulaire d'avril 2014 s'adresse aux directeurs généraux des ARS, des CHU et des

²¹ Circulaire n° DGOS/RH4/2014/92 du 10 avril 2014 du ministère des affaires sociales et de la santé, http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2014/04/cir_38189.pdf

²²Décret n° 2013-841 du 20 septembre 2013 modifiant les dispositions relatives à la commission médicale d'établissement et aux transformations des établissements publics de santé et à la politique du médicament dans les établissements de santé <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2013/9/20/AFSH1318538D/jo>

CH afin de favoriser la mise en application des mesures décrites [36]. Alors que l'UNSSF « *accueille avec satisfaction la publication de cette circulaire et la considère comme une première étape dans l'évolution du positionnement des sages-femmes à l'hôpital* » [63], le Collectif objecte, « *chacun des points annoncés [...] comme des avancées sans précédent n'en sont pas* » [64]. Un décret²³ paraît le 23 décembre 2014, définissant le nouveau statut de « sage-femme des hôpitaux ». En janvier 2015, le Collectif dresse une analyse de ce dernier [65]. Lorsqu'on étudie les mesures décrites par ce décret, on s'aperçoit que beaucoup de points reprennent des mesures anciennes, qui apparaissent déjà dans des textes précédents la grève.

Dans un premier temps, le décret annonce le maintien des sages-femmes à la même place que celle qu'elles occupent déjà : une profession médicale au sein de personnels non médicaux. Il n'y a donc pas de revalorisation du statut médical qui continue d'appartenir à la catégorie A de la FPH [65].

La ministre aborde ensuite la place des sages-femmes au sein des structures hospitalières. Avant la création de ce nouveau statut, celles-ci sont représentées par les grandes centrales syndicales (CGT, FO, SUD, CFDT, CFE-CGC) au sein d'organisations administratives (Comité Technique d'Etablissement pour les questions d'ordre collectif et Commission Administrative Paritaire pour ce qui est de l'ordre de l'individuel) [39].

Concernant la gestion des sages-femmes, Mme Touraine affirme que celle-ci sera assurée par la direction des affaires médicales. Cette mesure figure déjà dans la circulaire de 2002²⁴, pourtant, « *douze ans plus tard, ces dispositions ne sont toujours pas appliquées, les DRH persistant à déléguer la plupart du temps la gestion des sages-femmes aux directions des soins infirmiers* » déclare le Collectif [64].

De plus, une Commission Administrative Paritaire (CAP) spécifique aux sages-femmes est créée, ce qui est sans conséquence selon le Collectif puisque celle-ci est à l'image des professions non médicales [19]. De même, cette CAP profiterait seulement aux organisations syndicales de la FPH, « *augmentant leur représentativité dans les établissements* » affirme le Collectif [19]. Ce dernier soulève également une contradiction avec l'article précédent du décret, qui prétend que la gestion de carrière des sages-femmes se fait par la direction des affaires médicales alors que cette CAP aurait la même mission [65]. Enfin, la ministre préconise que la représentation des sages-femmes au sein de la Commission Médicale d'Etablissement (CME), soit renforcée [33]. Cette disposition est déjà effective avant la grève (décret n°2013-841²⁵ du 20 septembre 2013), alors que la circulaire de 2014 vise à redéfinir le statut des sages-femmes hospitalières. Ce qui n'apporte donc rien de nouveau pour le Collectif [19]. Enfin, le

²³ Décret n° 2014-1585 du 23 décembre 2014 portant statut particulier des sages-femmes des hôpitaux de la fonction publique hospitalière. Consulté sur [Légifrance.fr](http://legifrance.fr)

²⁴ Circulaire DHOS/M/P n° 2002-308 du 3 mai 2002 relative à l'exercice de la profession de sage-femme dans les établissements de santé publics et privés <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-22/a0222118.htm>

²⁵ Décret n° 2013-841 du 20 septembre 2013 modifiant les dispositions relatives à la CME et aux transformations des établissements publics de santé et à la politique du médicament dans les établissements de santé, qui sera modifié par le décret du 10 Avril 2014, <http://circulaires.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=38189>

recrutement se fait par un concours sur titre²⁶ organisé par l'établissement ce qui ne change pas, « *il n'y a pas de concours supplémentaire au diplôme de SF* » [45], [46].

Par ailleurs, le décret annonce une réorganisation des grades de sages-femmes. Ceux-ci composés auparavant de quatre grades (classe normale, classe supérieure, et sages-femmes cadres et cadres supérieurs) [7], [66], sont réduits au nombre de deux, qui comprennent respectivement onze et neuf échelons. Le premier grade reste identique tant sur les compétences que le mode qu'acquisition, seul le nombre d'échelons change [65]. Par contre, les grades avancés (anciennement sages-femmes cadres et cadres supérieures) créent des disparités. Le mode de recrutement change. En effet, avant le décret de 2014 un diplôme de cadre sage-femme²⁷ était requis. Désormais, l'accès au titre de cadre se fait seulement sur un critère d'ancienneté (8 ans de service effectif) et selon un quota annuel d'avancement de grade calculé tous les ans dans chaque établissement²⁸ [7], [65], [66]. Par ailleurs, seule une formation « d'adaptation à l'emploi » est possible mais reste toutefois facultative, ce qui amoindrit la spécificité médicale selon le Collectif [65]. Ce dernier déplore donc que la nomination de sages-femmes cadres ne se fasse plus « *sur formation complémentaire (Master)* » [19].

Le premier grade s'applique aux activités de « *prise en charge clinique, de prévention et de recherche qui relèvent de leurs compétences* » correspondant aux « *missions actuelles* » [65], alors que le second grade correspond aux fonctions « *cliniques ou de coordination en maïeutique* » qui répondent également aux activités « *de prise en charge clinique, de prévention et de recherche qui relèvent de leurs compétences* » [65]. Pour ce grade-ci, les sages-femmes remplissent les fonctions « *[...] de coordination [...], de formation et de l'encadrement d'équipes soignantes* » ou elles assistent le responsable chef de pôle pour ces fonctions. Elles peuvent également être « *nommées responsables d'unités de physiologie* », participer « *à l'enseignement théorique et clinique des étudiants sages-femmes* » ou encore assurer « *la direction de structure de formation en maïeutique* » [65].

Les missions d'enseignement, de direction et de responsable d'unités physiologiques s'attribuent selon un « statut emploi » temporaire. Ce dernier est envisagé pour une minorité de sages-femmes appartenant au second grade. En effet, il relève d'un quota de seulement 200 sages-femmes coordinatrices pour l'ensemble de la France. Ce nombre prédéfini de postes est jugé faible et laisse entrevoir à terme une restructuration avec la fermeture de nombreuses maternités selon le Collectif. La situation des sages-femmes directrices d'écoles est décrite « *à l'identique de celle des paramédicaux formateurs* » cette fonction serait « *alternante sur les postes de service et d'enseignement de gré à gré* » [65] puisqu'aucun diplôme de master supplémentaire est requis explique le Collectif.

²⁶ Décret n° 2014-1585 du 23 décembre 2014 portant statut particulier des sages-femmes des hôpitaux de la fonction publique hospitalière « les sages-femmes des hôpitaux sont recrutées par concours sur titres organisé par l'autorité investie du pouvoir de nomination » <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029958604&categorieLien=id>

²⁷ Décret n° 2002-37 du 8 janvier 2002 modifiant le décret n° 89-611 du 1er septembre 1989 modifié portant statut particulier des sages-femmes de la fonction publique hospitalière, https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?jsessionid=EEC6F0ABA41F8183C96D4953BCA5D3F0.tpdila08v_1?cidTexte=JORFTEXT000000226422&dateTexte=20020110

²⁸ Application des conditions fixées par le décret du 3 août 2007 relatif à l'avancement de grades dans certains corps de la fonction publique hospitalière. Légifrance.fr

De plus, ces missions sont réservées aux maternités de niveau III ou aux autres structures les plus importantes (maternités de niveau II et écoles de sages-femmes) [65]. Selon le Collectif, ces mesures sont imprécises, déjà existantes et injustement réparties [19], [65].

Enfin, ce nouveau décret stipule que les sages-femmes de second grade « *peuvent [...] être nommées responsables d'unités de physiologie* » lorsque le projet médical prévoit leur création mais cette responsabilité dépend de l'avis de la CME et n'est pas réservée aux seules sages-femmes. C'est pourquoi le Collectif réfute cet argument, sachant que ces unités existent déjà, mais dans la pratique actuelle les sages-femmes n'en sont pas responsables [19].

Concernant la double hiérarchie exercée sur les sages-femmes, elle est toujours en vigueur puisque celles-ci relèvent de l'autorité administrative ainsi que des sages-femmes coordinatrices, ce qui ne « *garantit pas l'autonomie* » de leurs décisions [65]. De même, ce statut dans la FPH maintient ce « *lien de subordination* » vis-à-vis des médecins qui n'appartiennent pas au même titre dans la fonction publique [65].

De plus, par un changement de statut, le Collectif souhaite que les sages-femmes puissent exercer dans différents secteurs de la profession. Cela consiste à décloisonner les divers modes d'exercice afin de cumuler plusieurs types d'activités pour les sages-femmes hospitalières [7]. La ministre affirme que « *les sages-femmes exerçant à temps plein pourront exercer des missions d'intérêt général à caractère public* ». Ces missions feraient parties du temps de travail « *alors que les maternités tendent à réduire les effectifs [...] dans un contexte d'augmentation d'activité (regroupement de maternité)* » [19], il paraît donc difficile de rajouter des missions sur leur temps de travail [19].

En conclusion, les sages-femmes sont maintenues dans le même titre de la FPH que celui qu'elles occupaient déjà, ce qui ne constitue pas une avancée pour la profession. Le Collectif constate avec regret qu'il n'a « *jamais été réellement question d'un statut à part pour les sages-femmes, hors FPH, de la part du ministère* » [65]. Les sages-femmes souhaitent pouvoir exercer avec une plus grande autonomie et une plus grande égalité de leur profession vis-à-vis de toutes les autres professions médicales et pharmaceutique. Le Collectif affirme que la situation des sages-femmes n'évolue pas par ce statut, et que celles-ci ont toujours le « *cul entre deux chaises* » [65]. Ce dernier regrette que « *le très faible effectif des sages-femmes hospitalières par rapport aux autres professions de santé ne se prête absolument pas à la réingénierie professionnelle calquée sur l'évolution qui a été mise en œuvre depuis quelques années pour les professions paramédicales de la FPH* » [65]. Il n'y a donc pas de statut PH, mais la création d'un statut de « *sage-femme des hôpitaux* », qui selon la circulaire du 10 avril 2014 permettrait une réaffirmation du caractère médical. « *Le statut proposé ne présente aucun caractère innovant [...] les changements envisagés sont pour le moment extrêmement minimes* » déclare le Collectif des sages-femmes [67]. Il était également question d'un statut particulier de Praticien Territorial en Maïeutique pour les sages-femmes territoriales [53].

- Sage-femme territoriale

Les sages-femmes territoriales ou de Protection Maternelle et Infantile (PMI) s'inscrivent dans un cadre d'emploi médico-social, appartenant à la catégorie A de la fonction publique territoriale et leurs missions s'organisent au sein des collectivités territoriales et leurs établissements locaux [66], [68].

La sage-femme territoriale « *dépend d'une hiérarchie qui est celle de la fonction publique territoriale* » [69]. Le Collectif affirme que « *ses compétences médicales [ne sont] pas assez mises en valeur* » et demande ainsi « *la création du statut de praticien territorial en Maïeutique* » [69]. Mais ce statut n'est pas cité dans les mesures gouvernementales. Ce dernier s'inscrit pourtant dans une réorganisation des différents modes d'exercices de la sage-femme.

- Le secteur privé

Il existe deux types de structures privées, les établissements privés à but lucratif (les cliniques) et ceux à but non lucratif qui depuis la loi HPST de 2009 deviennent des Etablissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif (ESPIC²⁹). Le contrat de travail s'appuie sur une convention collective nationale qui n'est pas la même en fonction des structures et qui inscrit les sages-femmes parmi les professionnels non médicaux [71]. Selon la DREES, « *dans le secteur privé le médecin est le plus souvent en charge de l'accouchement, la sage-femme étant chargée de la préparation et l'accompagnement de la femme pendant la phase de travail* » (à l'opposé du secteur public où le médecin n'intervient que sur appel de la sage-femme en cas de situations devenant pathologiques) [70].

Ce secteur-là ne connaît pas de changement concret lors de la grève.

b. Exercice libéral

Les sages-femmes libérales ont de multiples possibilités d'exercice que ce soit dans les lieux comme dans les compétences exercées. L'exercice peut s'effectuer en cabinet libéral, plateaux techniques, maisons de naissance ou maisons de santé pluri professionnelles voire au domicile des patientes. Toutes les compétences peuvent être exercées en fonction du lieu d'exercice [66]. Cependant, il s'avère que l'accès à ces plateaux techniques reste difficile, les sages-femmes pointent les « *lourdeurs administratives* », les « *couverture assurancielle onéreuse* », ainsi que la flexibilité d'horaires que cette pratique demande et la faible reconnaissance de ces compétences [70].

Les sages-femmes libérales tendent vers une plus grande indépendance, qui serait favorisée par la mise en place de structures au sein desquelles les sages-femmes pourraient être autonomes.

Parmi ces structures, se trouvent les maisons de naissance. Leur expérimentation est enfin autorisée par la loi n°2013-1118 du 6 décembre 2013³⁰. Suite à un appel à candidatures, la liste des établissements

²⁹ Les ESPIC remplacent les établissements participant au service public hospitalier (PSPH) depuis la loi HPST ; de même qu'ils recouvrent le champ du secteur privé non lucratif. http://www.hospimedia.fr/actualite/mots_cles/espica

³⁰ Loi n° 2013-1118 du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028279423&categorieLien=id>

(neuf seulement) est parue au journal officiel le 26 Novembre 2015³¹. Ces établissements sont autorisés à fonctionner pour une durée de cinq ans. Seules les grossesses physiologiques y sont suivies, les structures sont affiliées à des établissements de santé accueillant si nécessaire la patiente. Au sein de ces structures, les sages-femmes exercent seules et ont la pleine responsabilité de leurs parturientes [71], [72].

Concernant les plateaux techniques, une révision des articles concernant leur accès sera faite pour favoriser leur accès aux sages-femmes [53].

Il n'y a pas de référence correspondant aux maisons de santé pluri-professionnelles dans le document final de la DGOS clôturant les groupes de travail [53].

Ainsi concernant les statuts dans lesquelles les sages-femmes exercent, les mesures prises par le gouvernement concernent essentiellement les sages-femmes hospitalières. Le statut de Praticien Hospitalier défendu par le Collectif est refusé par le gouvernement, soutenu par les grandes centrales syndicales et les médecins. Ainsi c'est bien le positionnement des sages-femmes qui est remis en cause. Celles-ci sont donc finalement maintenues dans la fonction publique hospitalière avec le titre particulier de « sage-femme des hôpitaux » qui ne répond pas aux souhaits du Collectif. Les centrales syndicales (hors CFTC) quant à eux se sont réjouis de la création d'un nouveau statut maintenu dans la FPH qui s'accompagne malgré tout de « *réelles avancées* » selon eux [73]. Concernant les autres statuts, peu de mesures sont prises pour une meilleure reconnaissance [19]. De plus, les réévaluations de salaires sont « *tout aussi décevantes et absolument pas à la hauteur de la responsabilité des sages-femmes* » [65]. En effet l'augmentation de la rémunération « *est maintenue à une centaine d'euros bruts en moyenne par agent* » [74], bien que la secrétaire fédérale de la CFDT Santé sociaux indiquait que ces mesures n'avaient « *pas été à la hauteur de ce que l'on attendait* » [75].

La revendication qui engendrerait une véritable évolution pour les sages-femmes d'après le Collectif n'a pas connu le succès attendu. Ce statut contribuerait à une égalité de statut et un alignement des sages-femmes sur toutes les autres spécificités médicales et pharmaceutique.

Par ailleurs, la visibilité réclamée par les sages-femmes passe par une position des sages-femmes, celle de praticien de premier recours. Celle-ci place la sage-femme dans sa spécialité qu'est la physiologie, réservant les pathologies aux différents médecins spécialistes. Ce qui nous amène au second pilier de la profession.

³¹Arrêté du 23 novembre 2015 fixant la liste des maisons de naissance autorisées à fonctionner de manière expérimentale http://www.onssf.org/wp-content/uploads/2015/11/20151123_arrete-ministeriel_MDN.pdf

2) Compétences

La profession sage-femme se caractérise par des compétences multiples, rassemblées dans un référentiel métier³², qui s'articulent entre trois disciplines : l'obstétrique, la gynécologie et la pédiatrie [76], [77].

En premier lieu, l'exercice de la sage-femme d'un point de vu obstétrical s'étend sur les trois périodes (prénatale, per-natale et post-natale) encadrant la grossesse et l'accouchement. La sage-femme assure le suivi de grossesses physiologiques (consultations prénatales, échographies obstétricales³³, et préparation à la naissance). De même, la sage-femme est apte à suivre les femmes en travail et à pratiquer l'accouchement eutocique (ainsi que les gestes qui s'y rapportent). Enfin, ses compétences obstétricales s'exercent aussi pendant la période des suites de couches avec un suivi à domicile et la consultation de *post partum*.

Au-delà de cette période obstétricale, la loi HPST de 2009 élargit les compétences des sages-femmes à un second domaine, la gynécologie. Ainsi elles assurent le suivi gynécologique de prévention et la prescription de contraception, ainsi que la rééducation périnéale.

Enfin la sage-femme répond à une troisième spécialité, la pédiatrie. Elle réalise ainsi les premiers gestes de réanimation néonatale, participe à la prise en charge du nouveau-né à la naissance et en maternité jusqu'à la consultation post-natale [76], [77].

La sage-femme est également formée au dépistage de situations pathologiques (obstétricales, gynécologiques ou pédiatriques) et réoriente les patientes vers un médecin compétent pour les prendre en charge [66]. Enfin, la sage-femme possède un droit de prescription pour les examens obligatoires et complémentaires, les thérapeutiques (médicaments, vaccins, dispositifs médicaux), ainsi que des arrêts de travail lors « *de grossesse non pathologique* » pour une durée maximale de 15 jours [78].

Le Code de la Santé public encadre ces compétences et en définit « *les contours stricts de l'autonomie de la profession* » [79]. En effet la profession de sage-femme à cette spécificité d'être une profession médicale à compétences définies.

Mme Touraine rappelle dans sa circulaire que l'exercice et la pratique de la sage-femme ne se résument pas seulement au suivi de grossesse et l'accouchement, mais comprennent également « *la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention* » sous réserve que la sage-femme oriente ses patientes vers un médecin en cas de pathologie [36]. Les compétences s'étendent

³² Mis au point par le Collectif des Associations et de Syndicats de Sages-Femmes, avec la participation du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes, disponible sur <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIEL-SAGES-FEMMES-2010.pdf>

³³ Selon l'Ordre des sages-femmes, les sages-femmes peuvent pratiquer l'échographie gynéco-obstétricale, il est recommandé cependant d'avoir une formation approfondie d'échographie. Celles qui pratiquent le dépistage et de diagnostic prénatals ont l'obligation d'être titulaire d'un diplôme interuniversitaire (d'après l'arrêté du 23 Juin 2009) [Consulté le 30 Mars] <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/du-ou-diu-en-echographie-gyneco-obstettricale-des-consequences-sur-la-pratique/>

donc sur diverses disciplines qui s'exercent autour de la vie génitale des femmes et de la périnatalité. Une particularité apparaît toutefois dans la pratique de ses compétences, celle-ci est « *partagée avec les médecins généralistes et spécialistes, la sage-femme française n'étant pas reconnue comme le professionnel de premier recours pour le suivi des grossesses* » [5].

Concernant cette seconde revendication, l'enjeu reste le même : la reconnaissance ! Mais celle-ci passe d'abord par une meilleure visibilité des sages-femmes au sein des acteurs de santé publique. Les sages-femmes souhaitent que leurs compétences puissent être mieux connues de tous. « *Les sages-femmes, par leurs compétences médicales en gynécologie et obstétrique, leur rôle dans la prévention de l'apparition des différentes pathologies gynésiques et leurs capacités d'écoute et de conseils, sont à même de remplir les missions d'acteur de premier recours au sein du parcours de santé des femmes, au même titre que les médecins généralistes pour la population générale* » déclare le Collectif des sages-femmes [69].

Ainsi la ministre informe que des supports de communication sur les compétences des sages-femmes destinés aux établissements, professionnels et aux femmes sont en préparation, ainsi qu'une concertation pour mieux faire connaître la place des sages-femmes dans le système de santé. Elle sera largement diffusée selon la ministre, à l'automne 2014 [36]. Celle-ci propose qu'en attendant une invitation soit initiée « *aux chefs d'établissements autorisés en gynécologie-obstétrique à renforcer cette information par toute modalité, et notamment le livret d'accueil distribué aux femmes et à leur famille au moment de leur prise en charge au sein de la maternité* » [36]. La campagne de communication annoncée en 2014 voit le jour deux ans plus tard. C'est ainsi que le 14 juin 2016, Marisol Touraine lance le projet qui vise à faire « *connaître aux femmes l'accompagnement spécifique que les sages-femmes peuvent leur apporter, mais aussi la réalité de leur métier et de leur formation* » [80].

La révision de plusieurs articles fait également partie de cette revendication. Il s'agit de supprimer les listes de prescription, et de vaccination et d'allonger la durée d'arrêt de travail que peuvent prescrire les sages-femmes. De même des modifications de termes de deux autres articles concernent les compétences des sages-femmes (examen post natal et autonomie dans la gestion de situations pathologiques en concertation avec le médecin, cf revendication). Ces deux articles sont donc révisés, bien que la pratique de l'examen post natal (d'une patiente sans pathologies particulières) par une sage-femme est citée comme une possibilité, de même que l'autonomie sur des versants pathologiques reste relative puisque la prise en charge est en collaboration avec le médecin. Les listes de thérapeutiques et de vaccins ne sont pas supprimées mais élargies. Par contre la durée d'arrêts de travail prescrit par une sage-femme demeure inchangée. De même, l'entretien prénatal précoce et la création d'un entretien postnatal n'est pas inscrit dans le CSP. De même, l'idée d'une consultation spécifique pour les jeunes adolescentes prise en charge est refusée, ce que le Collectif qualifie de « *lamentable* » [52] puisque selon lui aucune mesure de prévention pour la santé des femmes n'est retenue.

Par ailleurs, un des points des groupes de travail concerne les lieux d'exercice. Les maisons de naissance voient enfin le jour après plus de 20 ans de négociation et leur expérimentation est lancée en début d'année 2015. L'accès aux plateaux techniques doit également être favorisé par la révision de textes qui s'y réfèrent [52].

Concernant la cotation des actes, la ministre soutient que des travaux sont également en cours entre la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et les représentants de la profession de sage-femme. Ceux-ci ouvriraient la possibilité pour les sages-femmes de coder les actes de la Classification Commune des Actes Médicaux³⁴ (CCAM) relevant de leur champ de compétences [36]. Selon le Collectif, des négociations ont effectivement débuté avec l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) le 8 novembre 2013 concernant la CCAM [19]. La finalisation des discussions a débouché le 11 Mars 2016 sur une nouvelle codification pour les sages-femmes. Les actes CCAM remplacent les mêmes actes techniques des sages-femmes de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP). Ceci permet de rendre visible les actes pratiqués par des sages-femmes qui étaient jusqu'alors attribués aux médecins. Selon l'UNCAM, il s'agit d'une « *liste unique et limitative des secteurs Public-Privé pour les actes techniques à compétence partagée médecins / sages-femmes* » [80], conforme d'un côté « *aux compétences des SF* » de l'autre, aux actes « *déjà inscrits en NGAP pour les SF* ». De même, « *un acte spécifique aux sages-femmes [est créé] non utilisable par les médecins* » [80]. Selon l'UNCAM, cette mesure « *finalise l'accès des 3 professions médicales à la CCAM : Médecins (2005), chirurgiens-dentistes (2014) et sages-femmes (2016)* » [81].

Finalement, deux mesures concrètes sont à relever. D'une part, les sages-femmes peuvent désormais pratiquer les IVG médicamenteuses. D'autre part, les listes de vaccination sont élargies, et leur pratique s'applique à l'entourage des femmes enceintes et du nouveau-né [19], [46].

Ainsi ce deuxième pilier se voit approfondi avec l'ajout ou l'extension de compétences, ainsi qu'une revalorisation de la cotation des actes. De nouvelles compétences, certes, mais pas de reconnaissance pour autant. En effet les sages-femmes se désolent que le gouvernement réponde de la même manière à leur revendication « *on nous rajoute une compétence supplémentaire alors que toutes nos autres compétences, elles, ne sont pas mises en avant* » [82] affirme la présidente du Collectif des sages-femmes Caroline Raquin.

Ces compétences s'acquièrent dans le cadre d'une formation qui s'est intégrée à l'université depuis plusieurs années, sans pour autant en faire partie totalement. C'est pourquoi la troisième revendication insiste sur une intégration universitaire liée à une intégration des enseignants et une revalorisation pour les étudiants.

³⁴ Selon Ameli.fr, la CCAM est la cotation des actes techniques réalisés par les médecins et d'autres dispositions générales alors que la NGAP correspond à la cotation des actes cliniques médicaux et les actes des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux

3) Formation

La formation des sages-femmes se compose de plusieurs spécificités, interdépendantes les unes des autres. La troisième revendication comprend l'intégration universitaire des écoles de sages-femmes qui respecte leur indépendance, une réorganisation de l'enseignement supérieur avec un statut universitaire pour les enseignants, un accès à la recherche, un statut étudiant à l'égal des autres filières médicales et pharmaceutique, et enfin une formation continue inscrite dans un programme médical.

Les étudiants sages-femmes intègrent depuis la rentrée universitaire 2010, avec les autres filières médicales et pharmaceutique, la Première Année Commune aux Etudes de Santé (la PACES), « *les études de sage-femme deviennent [alors] des études en sciences maïeutiques* » [5]. Cela leur ouvre un accès à l'université, toutefois partiel, puisque à l'issue de cette première année, les étudiants en sciences maïeutiques sont réorientés vers l'une des trente-cinq écoles de sages-femmes. Cependant les études sont aussi sanctionnées par un diplôme d'Etat délivré par l'université et plus spécifiquement l'Unité Formation Recherche (UFR) de médecine grâce à une convention établie entre les écoles de sages-femmes et celle-ci. La formation est donc encadrée par un parcours universitaire avec le concours d'entrée et la délivrance du diplôme d'Etat par l'université en fin de cursus, mais les quatre autres années de formation s'effectuent au sein d'écoles hospitalières. En conséquence, parmi les quatre professions médicales et pharmaceutique, la maïeutique est donc la seule qui s'enseigne encore majoritairement au sein d'écoles hospitalières.

Ces écoles sont organisées par « *des centres hospitaliers régionaux et/ou universitaires comportant un pôle de gynécologie obstétrique* » [83]. Le financement de celles-ci (budget des écoles et indemnités des étudiants) est régional depuis 2004³⁵ [16], [83]. Les directrices d'écoles de sage-femme sont placées sous la responsabilité du médecin directeur technique et d'enseignement. De plus, « *la formation des sages-femmes relève de trois tutelles, les ministères de l'enseignement supérieur et de la santé, et les collectivités régionales* » [5]. On constate donc que l'autonomie de la formation initiale des sages-femmes est relative puisqu'elle est sous tutelle des facultés de médecine et interagit avec une multitude « *d'interlocuteurs [ce qui] alourdit considérablement la gestion de la formation des sages-femmes et ralentit l'avancée des négociations concernant l'intégration totale de la formation et des structures à l'université* » [5].

La loi HPST de 2009³⁶ autorise pourtant l'intégration des écoles au sein d'universités, mais cela reste une simple possibilité. A l'heure actuelle seule l'Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée (EU3M) a adopté ce modèle, sous la forme d'une composante autonome, alors qu'au cours des négociations lors de la grève la ministre refuse la création d'un pôle spécifique à la maïeutique. Elle

³⁵ Loi du 13 Aout 2004 relative au libertés et responsabilités locales, article 73 <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000804607>

³⁶Article L4151-7-1 du Code de la santé publique, loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=AB80655634F4329328FB3A45C4CB2533.tpdjo11v_3?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020890784&dateTexte=&categorieLien=id

décrit plutôt une tendance à la fusion de plusieurs filières au sein d'UFR santé. De même dans cette logique, elle souhaite un regroupement des écoles [84]. Plusieurs modalités d'intégration sont décrites par le Collectif, la création d'UFR en maïeutique, la mise en place d'écoles ou d'instituts internes à l'université ou encore des UFR mixte qui regrouperaient plusieurs filières médicales et pharmaceutique [85]. Après Marseille, plusieurs autres écoles ont adopté un nouveau modèle universitaire. A Grenoble et Montpellier-Nîmes, les écoles forment désormais un département de maïeutique intégré à l'UFR de médecine de rattachement. A Poissy, l'école devient un département de maïeutique de l'UFR des Sciences de la Santé de l'Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines. De même, l'école de sages-femmes de l'Institut Catholique de Lille (Université Catholique de Lille) fusionne en 2013 avec la Faculté Libre de Médecine (FLM) qui devient alors la Faculté Libre de Médecine et de Maïeutique (FLMM). Parmi les trente-cinq écoles on remarque donc que le changement se fait progressivement au cas par cas.

L'intégration universitaire comprend également la notion d'un troisième cycle de sciences maïeutiques orienté vers la recherche, « à l'instar des 15 pays européens dont la formation de sage-femme relève de l'université et est dirigée par des sages-femmes titulaires de doctorats » [5]. La France est pointée du doigt par une sage-femme chercheur, Marianne Mead en 1998. Elle décrit une « situation française [...] particulière : la sélection des étudiants et la formation initiale des sages-femmes sont exigeantes, mais en fin de parcours, elles n'ont que peu d'accès à la recherche [...] » [86]. Le Collectif affirme un intérêt des universités pour un développement de la recherche en maïeutique [19], mais il n'y a cependant toujours pas de création d'un pôle de recherche spécifiquement dédiée aux sages-femmes. Ainsi, bien qu'il existe déjà un « [...] certain nombre de travaux de recherche en maïeutique [...], il reste cependant à créer les conditions d'une mise en œuvre effective de cette recherche à l'université, interdépendante de la question des personnels et structures affectés par l'universitarisation³⁷ » [5].

En effet, le transfert des écoles à l'université réorganise l'enseignement supérieur. Depuis 1986³⁸, les sages-femmes moniteurs (ou monitrices) consacrent la totalité de leur activité à l'enseignement, les praticiens exerçant une activité clinique ne peuvent enseigner que sur leurs jours de congés [9]. Cela crée donc une rupture entre pratique clinique et encadrement pédagogique puisque « les deux activités demeurant administrativement incompatibles » [19]. En effet, de par leur statut actuel les équipes enseignantes n'ont pas accès au titre bi-appartenant hospitalo-universitaire de Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier (MCU-PH) ou de Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (PU-PH) appartenant à la Fonction Publique d'Etat, [5], ce que le Collectif revendique puisque ce statut reconnaît une appartenance à la fois hospitalière et universitaire. Or les sages-femmes enseignants sont maintenues au sein de la Fonction Publique Hospitalière. Leur souhait d'intégrer un tel statut n'est donc

³⁷ « Terme d'usage récent appliqué au processus visant à rendre universitaire une formation de l'enseignement supérieur qui ne l'était pas » [5]

³⁸ Arrêté du 15 juillet 1986 relatif à l'agrément et au fonctionnement des écoles de sages-femmes, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006070914&dateTexte=20080905>

pas adopté. Le Collectif déplore que celles-ci soient « *actuellement sans statut pour enseigner à l'université, elles sont mises en disponibilité de l'hôpital, employées à l'université sans le statut d'enseignants* » alors qu'un statut identique à celui des praticiens médicaux à l'hôpital comprend une mission d'enseignement et de recherche comptabilisée dans le temps de travail tout en conservant une activité clinique [19]. Ainsi, la revendication qui visait à donner aux sages-femmes le choix d'une activité clinique, couplée à l'enseignement ou la recherche n'a pas non plus abouti. Pourtant, dans une logique d'intégration universitaire de la formation en sciences maïeutiques, les sages-femmes enseignantes devraient « *désormais satisfaire aux conditions de recrutement à l'université (pour une formation de grade master, être titulaire d'un doctorat de 3ème cycle)* » [5] ce qui implique donc ce cycle de recherche. Mais dans le décret relatif au nouveau statut de la « sage-femme des hôpitaux » (cf statut), il figure seulement la qualité de « maître de stage » [65]. Cette notion fait partie des demandes du Collectif, mais envisagé différemment, c'est à dire en dehors de la FPH. Il s'agissait « *d'avoir la possibilité d'être maître de stage au même titre que les personnels médicaux* » [65]. D'après le Collectif, la qualité de maître de stage s'applique aux stages effectués en cabinet libéral. Au sein de la fonction publique, ce sont les titres de PU-PH ou MCU-PH qui permettent d'assurer la responsabilité pédagogique des étudiants lors de leur stage à l'hôpital. Ainsi, « *tant que les écoles seront hospitalières et tant que le statut des sages-femmes hospitalières ne sera pas identique à celui de médecine, odontologie et pharmacie, la fonction de maître de stage ne s'applique pas et rien ne sera différent de ce que nous connaissons aujourd'hui* » déclare le Collectif [65].

En décembre 2015, l'ANESF conteste les propositions faites par le ministère selon lesquels les enseignants seraient recrutés soit après 8 ans d'ancienneté au sein du grade 2 (cf statut) sans diplôme particulier ou bien titulaire d'un master (Périnatalité, Management et Pédagogie de l'Université de Bourgogne ou dans le champ de la "pédagogie médicale"). L'ANESF dénonce ces propositions jugées dangereuses et uniquement transitoires. Celle-ci demande « *un diplôme attestant de la compétence de pédagogue soit obligatoire pour accéder au statut d'enseignant* » [87].

Concernant les étudiants sages-femmes, le second cycle de formation ouvre depuis 2003³⁹ l'accès à une rémunération. En revanche, ils ne touchent aucune indemnité de transport ou de logement pour leurs stages. Ils ne bénéficient pas non plus du CROUS⁴⁰ comme les étudiants en médecine mais de bourses filières sanitaires et sociales attribuées par le Conseil régional de rattachement. Depuis 2012, la majorité des régions ont cependant aligné les montants sur ceux du CROUS selon l'ANESF [83]. Suite aux revendications des étudiants, un décret paraît le 9 Octobre 2016⁴¹ (soit trois ans après le début de la

³⁹ Arrêté du 3 janvier 2003 relatif aux conditions de rémunération des étudiants sages-femmes, la rémunération est à hauteur de de 1200 euros brut par an puis 2400 euros l'année suivante, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000594393&categorieLien=id>

⁴⁰ Les centres régionaux des œuvres universitaires et scolaires (CROUS) sont des « établissements publics dont la mission consiste à améliorer les conditions de vie des étudiants (aides sociales, logement, restauration, accueil des étudiants étrangers, etc.) Les CROUS sont placés sous la tutelle du CNOUS (Centre National des Oeuvres Universitaires et Scolaires) et du Ministère de l'Education nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. » <http://droit-finances.commentcamarche.net/faq/25524-crous-definition>

⁴¹ Décret n° 2016-1335 du 7 octobre 2016 relatif aux fonctions en milieu hospitalier et extrahospitalier des étudiants en maïeutique, consulté sur

grève) créant un statut pour les étudiants en maïeutique à partir du deuxième cycle de formation, dans la mesure où ils participent à l'activité hospitalière et extrahospitalière, à l'instar des étudiants en médecine, odontologie, et pharmacie. Ce dernier leur confère un statut d'agent public et ouvre le droit aux indemnités de transport ainsi qu'une revalorisation de salaire aligné sur celui des autres étudiants des filières médicales [88].

Enfin, pour la formation continue, la loi HPST de 2009 rend obligatoire à tout professionnel de se former chaque année par le suivi d'un programme relatif au Développement Professionnel Continu (DPC). Depuis le 1 juillet 2012, l'organisation du DPC est gérée par l'Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu (OGDPC). De même une commission spécifique aux sages-femmes (la commission scientifique indépendante) s'est mise en place la même année [66]. Cependant, la formation professionnelle continue est intégrée et financée à l'hôpital sur les fonds des personnels non médicaux [7], ce qui constitue une limite à la profession médicale qu'exerce les sages-femmes. En effet, le nouveau statut des sages-femmes hospitalières stipule que « *les sages-femmes des hôpitaux bénéficient des dispositifs de formation continue ouverts aux agents de la fonction publique hospitalière* » [65]. De même, un plan de développement professionnel continu des sages-femmes est élaboré au sein de chaque établissement, intégré « *aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques* » [65] et présenté à la CME. Mais le Collectif soutient que « *cela n'entraîne aucun changement dans l'amélioration de l'accès aux formations* » puisque « *cela dépendra de la volonté de chaque établissement* » [65].

En conclusion, les structures de formation initiale sont encore en transition, partagées entre écoles et universités, ce qui ne leur permet pas une pleine indépendance et les place sous tutelle des universités de médecine. L'intégration des écoles à l'université ouvrirait, pour ceux qui le souhaitent, un troisième cycle de recherche de maïeutique, permettant ainsi aux enseignants l'obtention d'un statut universitaire. Une proposition de loi relative à l'universitarisation des écoles de sages-femmes⁴² a été déposée par la députée Bérengère Poletti le 12 septembre 2012, afin de faire évoluer la formation initiale dans ce sens (obligatoire d'intégration de toutes les écoles de sages-femmes à l'Université, aide aux étudiants, création d'un corps de la fonction publique destiné aux enseignants sages-femmes) mais celle-ci n'est pas votée [5]. Selon le Collectif la première année et la délivrance du diplôme sont désormais universitaires, « *il n'y a plus que les structures et les enseignants qui ne sont pas universitaires* » [51].

Ainsi donc concernant la formation initiale, un seul des deux statuts revendiqués a pu aboutir à une évolution, celui des étudiants. En revanche les enseignants se trouvent toujours dans la même situation, sans changement de leur statut ni hospitalier, ni universitaire [19]. Il en est de même pour l'intégration

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=94995B6E98F18E5D078E4CDF17157093.tpdila16v_1?cidTexte=JORFTEXT000033204668&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000033204555

⁴² Proposition de loi du 12 septembre 2012 relative à l'universitarisation des écoles de sages-femmes <http://www.assemblee-nationale.fr/14/propositions/pion0171.asp>

universitaire. Enfin la formation continue ne connaît pas non plus d'impact majeur pour le Collectif. Aucune mesure n'a été prise pour favoriser les démarches.

Cette grève s'inscrit dans un contexte global de remise en question de la place de la sage-femme. Elle résulte d'une prise de conscience générale dans la profession, porteuse de plusieurs enjeux pour l'avenir de la périnatalité et de la santé des femmes.

4) Les enjeux de la grève de 2013

On voit donc se dessiner au début du XXI^e siècle une profession qui exerce un suivi global des femmes, enceintes (versant obstétrical) ou non (versant gynécologique), ainsi que des compétences dans la prise en charge du nouveau-né dans ses premières semaines de vie. Cette diversité de compétences s'étend sur plusieurs types d'activités. Celles-ci fluctuent selon les structures vers lesquelles les sages-femmes s'orientent ce qui leur ouvre des possibilités d'exercice variées. De même, depuis sept ans la première année des études de sage-femme est intégrée et reconnue au sein de l'université, ce qui place les étudiants aux côtés des filières médicales et pharmaceutique mettant en relief le caractère médical de la profession. Ainsi, le sociologue Philippe Charrier remarque que « *cette reconnaissance de la sage-femme [...] commence à être acceptée par l'institution universitaire [...]. Cependant, les parturientes elles-mêmes ou bien les couples sont encore loin de voir dans la sage-femme uniquement une professionnelle* » [8]. Cela marque un défaut de reconnaissance de la part des patientes et des usagers de manière générale.

Dans cette optique, le Collège National des Sages-Femmes pointe, malgré une évolution récente de certains aspects de la profession, que les compétences des sages-femmes doivent pouvoir être exercées en toute autonomie avec un statut médical reconnu. Selon ce dernier, un changement de statut hors de la FPH (un « *statut PH ou un statut assimilé de droit public inscrit dans le livre II* ») permettrait une revalorisation de la profession et des salaires à hauteur des responsabilités, revalorisation qui serait garante d'un exercice indépendant et autonome [9]. On s'aperçoit donc que l'enjeu des revendications de la grève de 2013 ne s'oriente pas tant vers l'acquisition de nouvelles compétences qui élargiraient davantage le champ d'intervention des sages-femmes. Il s'agit plutôt de faire valoir leurs responsabilités dans l'exercice de leurs compétences actuelles afin d'être reconnues dans ces pratiques. Les sages-femmes revendiquent une application de la loi en vigueur concernant l'organisation de la profession, ses statuts, ses droits, son indépendance et sa formation. Caroline Raquin, la présidente de l'Organisation Nationale et Syndicale des Sages-Femmes précise bien que les sages-femmes ne revendiquent pas « *d'avantage d'autonomie, mais que celle que l'on a déjà soit reconnue* » [89].

Ainsi, selon P. Charrier, la profession de sage-femme connaît de profondes mutations. L'auteur les définit par un niveau de responsabilités croissant, une évolution de la formation et des compétences (allongement de la durée d'études et enrichissement des connaissances), ainsi qu'une augmentation du

nombre de sages-femmes en France. Malgré ces avancées professionnelles, il en ressort là encore que *« l'attente en termes de reconnaissance sociale de la profession est nettement présente lorsqu'on interroge les sages-femmes sur les enjeux contemporains les concernant »* [8]. En effet, il confirme ce besoin de reconnaissance sociale mais également économique de la part des sages-femmes.

D'un autre côté concernant le partage des rôles avec les médecins, le rapport annuel 2011 de la Cour des comptes, préconise *« une meilleure articulation des compétences respectives des gynécologues-obstétriciens et des sages-femmes et, en faisant encore davantage de ces dernières les professionnelles de premier recours pour le suivi des femmes en bonne santé »* [90]. Cela va donc dans le sens d'une plus grande indépendance pour la profession. Ainsi, ces différentes dimensions concordent avec les revendications de 2013 [8].

En conclusion, l'ensemble des décisions représente selon la ministre des avancées fondamentales pour la profession. *« La création du statut médical de sages-femmes des hôpitaux et la revalorisation salariale complèteront rapidement ces engagements afin d'assurer une reconnaissance à la hauteur des responsabilités des sages-femmes en cohérence avec les orientations de la Stratégie nationale de santé »* [36]. Ces orientations sont axées sur plusieurs facteurs : *« prévention, décloisonnement des structures, ouverture ville/hôpital, réseaux... au profit d'une meilleure prise en charge des femmes et des enfants »* [36]. Mais il s'avère qu'elle répond seulement à des demandes isolées qui ne prennent pas en compte la globalité de la profession de sage-femme. De même, *« les mesures médiatisées comme des avancées « fondamentales pour la profession » s'avèrent soit reprendre une circulaire parue en 2002, soit être inapplicables, non opposable, ou encore déjà en cours de négociation »* [5]. Nous allons donc tenter de comprendre pourquoi les mesures prises par le gouvernement ne constituent pas une évolution de la profession de sage-femme et les raisons pour lesquelles certaines demandes des sages-femmes continuent à ne pas aboutir malgré l'importance du mouvement de grève.

IV. Analyse et discussion

A. Freins

De nombreux freins semblent perturber une progression de la profession de sage-femme vers l'autonomie, l'indépendance et la reconnaissance. Ceux-ci peuvent se classer en deux catégories. D'un côté interviennent des acteurs qui ne définissent pas la profession en tant que telle mais la place sous tutelle. L'ensemble de ces acteurs s'inscrit dans un système de santé dirigé par l'Etat, qui oriente la médecine centrée sur le risque et valorise une spécialisation de la pratique médicale. Ainsi, par l'intermédiaire des structures de soins, les médecins exercent sur les sages-femmes un pouvoir hiérarchique. De même, les centrales syndicales semblent avoir un poids réel sur la profession, qui ne joue pas forcément en faveur d'une progression des sages-femmes. D'un autre côté, au sein même de la profession de sage-femme, le corps professionnel semble diverger sur la vision du métier. De plus, le poids de cette profession majoritairement féminine pèse peu face à certains autres lobbyings [6].

1) Facteurs extra-professionnels

On ne peut donc s'intéresser aux revendications des sages-femmes qu'en comprenant l'organisation du système de santé dans lequel elles évoluent. Ainsi il est primordial de comprendre comment l'institution hospitalière s'est progressivement développée et influence de manière considérable la pratique d'une médecine hyper spécialisée à l'hôpital lors des dernières décennies [6], [91], [92]. Nous développerons ensuite la position des médecins et celles des syndicats dans l'exercice des sages-femmes qui s'illustre au sein de la grève.

a. L'organisation du système de santé français

D. Carricaburu et M. Ménoret se sont intéressées d'un point de vue sociologique à l'organisation de la santé en France. Les sociologues décrivent notamment l'institution hospitalière au sein de laquelle « *le pouvoir est hiérarchisé* » avec « *un degré élevé de spécialisation des responsabilités, des droits et de l'autorité* » [91]. De plus, « *parmi [les acteurs de l'hôpital, se trouvent] les médecins dont le savoir, le pouvoir, l'autorité et l'autonomie balisent les voies par lesquelles une profession obtient et maintient le contrôle de son expertise* » [91]. Ce concept s'explique par une hyper-médicalisation croissante au sein des hôpitaux, et dans notre contexte d'étude, en gynéco-obstétrique. En parallèle, Odile Montazeau, sage-femme enseignante soutient que « *l'économie libérale appliquée à la santé impose de faire naître les enfants sur des plateaux techniques énormes, en réduisant la naissance à un acte biologique* » [92]. En effet une transformation de la périnatalité s'opère à partir de la deuxième moitié du XX^e siècle. Selon l'historienne Yvonne Knibiehler, la période d'après-guerre marque un tournant dans les décisions politiques et l'accès à l'hôpital « *les hommes d'État de la IV^e République avaient organisé le transfert d'importantes sommes d'argent, sous forme d'allocations familiales, pour encourager les couples à avoir au moins trois enfants* » et favoriser une migration des usagers à l'hôpital [93].

La transformation du système de santé résulte de deux principes fondamentaux selon la sociologue Béatrice Jacques. Cette mutation passe d'un côté l'accès à de nouveaux outils scientifiques, de l'autre par une redéfinition du partage des rôles au sein du système hospitalier [79]. En outre, la médecine périnatale française « *repose sur une conception du risque materno-fœtal façonnée par les obstétriciens et les pédiatres* » [6]. C'est pourquoi, pour pallier ce risque potentiel, des outils de plus en plus sophistiqués apparaissent et réduisent le rôle de la sage-femme, experte de la physiologie, en position subalterne. Ainsi, l'échographie se développe en France dans les années 1980-90⁴³, et la péridurale suit le mouvement des innovations techniques pour se généraliser lorsque Simone Veil étend son remboursement par la sécurité sociale à la fin des années quatre-vingt⁴⁴. Cette pratique fait entrer une nouvelle discipline dans les salles d'accouchement, celle d'anesthésie [94]. Cependant, la péridurale limite l'autonomie et soumet les sages-femmes une nouvelle fois à une interdépendance avec les autres professionnels en salle de naissance. Cette interdépendance entretient « *un travail d'équipe entre sages-femmes et médecins, [où] l'autonomie est négociée* » [95]. La notion de risque sous-tend que toute situation est potentiellement pathologique et requiert donc la présence du médecin. Cependant, « *si les compétences des sages-femmes s'arrêtent théoriquement là où se poursuivent celles des médecins, la barrière entre le « normal » et le « pathologique » est concrètement malaisée à définir* » puisqu'en effet « *la grossesse et la naissance se médicalisent, que les examens de surveillance se multiplient, et que tout processus de maternité en France est potentiellement considéré comme à risque* » [95]. Chez les professionnels de la naissance, « *un sentiment d'insécurité est omniprésent [...] et repose sur l'idée qu'il faut davantage se concentrer sur la recherche de la pathologie que sur la surveillance d'un processus physiologique* » [79]. De même, « *le médecin, en maîtrisant la pathologie et la physiologie, a une expertise totale sur le domaine de l'obstétrique, alors que la sage-femme a une expertise « limitée » à une partie de ce domaine* », la physiologie [95].

La technicisation des soins est renforcée par la notion d'une « *tarification à l'activité (T2A) qui pousse à produire des services rentables et donc des actes, au détriment de l'accompagnement qui exige plus de temps et qui lui n'est pas rémunéré* » [6]. Dans ces « *usines à bébés que sont devenues les maternités modernes, les sages-femmes ne sont [...] pas, le plus souvent, en capacité de déployer leurs compétences spécifiques dans le champ des accouchements physiologiques* » [6].

La grève remet en question la place de la sage-femme parmi les acteurs du système de santé. En effet, si les revendications des sages-femmes ont provoqué de très fortes réactions lors de ce mouvement contestataire, c'est parce que de celles-ci découlait toute une série de changements qui bouleversent la pratique de l'obstétrique, ainsi que la place de ses différents protagonistes. L'enjeu est donc de comprendre quels fondements ont motivé certaines organisations et professionnels à s'opposer radicalement aux attentes des sages-femmes. Cette grève des sages-femmes a suscité des tensions chez les médecins, qui ont pris part au débat, avec d'un côté les PH qui s'opposent à l'accès au statut de

⁴³ Décrit pas le Collège français d'échographie fœtale, consulté sur <http://cfef.org/historique.php>

⁴⁴ Akrich M. *La péridurale, un choix douloureux*. Cahiers du Genre - L'harmattan – 1999 – p 17-48.

praticien hospitalier par les sages-femmes, et de l'autre les gynécologues-obstétriciens et les gynécologues médicaux qui rejettent la demande des sages-femmes de figurer parmi les praticiens de premier recours [41]. On voit d'ailleurs dans la grève que le gouvernement a surtout privilégié l'avis de ces-derniers.

b. L'opposition des médecins, la peur d'une perte de contrôle ?

Lors des réunions de groupes de travail, la position du ministère s'oriente en faveur du corps des médecins, ce qui biaise le dialogue avec les sages-femmes. En effet, des changements d'orientation apparaissent au cours des discussions, c'est le cas par exemple du droit d'option dont devaient bénéficier les sages-femmes en cas de changement de statut.

En premier lieu, E. Couty donne raison aux médecins dans les négociations, et soutient leur *« douze ans d'études contre cinq pour les sages-femmes, ils soignent des malades alors qu'elles prennent en charge des femmes qui ne sont à priori pas malades, ils ont une responsabilité générale alors que les sages-femmes ont une compétence définie par la loi et donc limitée »* [96]. Ainsi, devant l'opposition nette des médecins sur un statut PH pour les sages-femmes, le porte-parole du ministère de la santé déclare qu'en cela *« le statut de praticien hospitalier n'était pas possible »* [97]. Les sages-femmes ne pourraient donc pas adopter un statut médical de praticien hospitalier puisque les médecins s'élèvent contre. Pourtant, ces derniers n'en n'ont pas l'exclusivité. Nicolas Dutriaux membre du Collectif soutient que *« dans le code de la santé publique, il n'y a qu'un seul et unique statut pour les personnels médicaux et pharmaceutiques des hôpitaux, c'est celui de PH »* [96].

Il semble qu'une confusion soit faite entre la reconnaissance médicale revendiquée par les sages-femmes et un désir de se rapprocher de la profession de médecin. Le Collectif réaffirme dans une lettre au président du CNGOF *« un statut n'est pas un titre, nous n'avons jamais demandé à vouloir être médecins », « nous ne demandons pas l'élargissement de nos compétences, nous voulons simplement les exercer au même titre que les personnels médicaux hospitaliers conformément au code de déontologie »* [98]. Le Collectif réagit sur ce point *« nous ne le répéterons jamais assez, nos compétences nous les connaissons, notre statut nous le revendiquons »* [45].

Précisons qu'au début des discussions, E Couty avait annoncé un droit d'option⁴⁵ pour les sages-femmes de la FPH [99], mais finalement, il se positionne contre celui-ci [100]. Le Collectif dénonce une discrimination, puisqu'un changement de statut doit pouvoir s'accompagner de ce droit d'option [101], ce qui a d'ailleurs été le cas par exemple pour les pharmaciens qui en ont bénéficié lors de l'obtention du statut de PH⁴⁶ [9], [102]. Une orientation des décisions semblait présente puisque E. Couty affirme à l'issue de la première réunion, *« le statut hors de la fonction publique ne répondrait pas à toutes les attentes des sages-femmes »* [99].

⁴⁵ Le droit d'option est un libre choix pour les sages-femmes déjà employé dans la FPH de rester dans ce statut ou non. Il s'agit d'un temps de transition pour les professionnels ayant évolué dans l'ancien statut et qui souhaiteraient le conserver [99].

⁴⁶ *« Si vous désirez conserver votre régime statutaire antérieur, il vous appartient de faire valoir votre droit d'option avant le 8 novembre 1988 »* [9].

Les réactions des représentants de médecins et du gouvernement illustrent bien les influences de pouvoir qui s'exercent. Nous l'avons décrit dans l'historique de la profession, l'hyper-médicalisation croissante de la fin du XX^e et du début du XXI^e siècle place les médecins en position de supériorité face aux sages-femmes. Accorder à celles-ci une pleine reconnaissance et un exercice autonome semble donc bouleverser la position de ces deux professions pour les replacer dans une relation plus symétrique. Michel Naiditch, médecin de santé publique, dans son analyse du mouvement des sages-femmes soutient qu'« *il s'agit pour eux [les médecins] de s'opposer à tout changement menaçant leur position* » [5]. Le sociologue américain Friedson qualifie l'autonomie de la profession de médecin comme « *la possibilité (et le devoir) de contrôle qu'elle implique sur tous les métiers paramédicaux* » [103] incluant les sages-femmes qui dans la majorité des pays sont paramédicales⁴⁷. Ce contrôle exercé par les médecins les positionne comme « *profession dominante* », réduisant les autres à un rang de « *para-professionnels* » [103].

Michel Naiditch illustre cet ascendant médical par un autre exemple, celui des maisons de naissances « *où pour s'opposer à toute expérimentation, certains ont fait état d'études totalement biaisées ((CIANE)) tout en passant sous silence celles méthodologiquement solides et qui témoignaient de leurs bons résultats* » [6]. Pourtant, J.M. Clément, professeur de droit médical et hospitalier clarifie la demande des sages-femmes, qui consiste selon lui, à les libérer de « *l'obligation hiérarchique qui caractérise le statut des fonctionnaires* » [104], sans pour autant remettre en cause le rôle propre du médecin ou celui du directeur d'établissement. De même, il s'agit de rendre à la profession ce qui la caractérise, un « *libre exercice de l'art d'accoucher les parturientes en travail physiologique* » [104]. La sociologue Béatrice Jacques, étudie la place de l'accouchement aujourd'hui qui s'est, selon elle, « *médicalisé et masculinisé* » [79]. Celle-ci affirme également une relation privilégiée entre l'Etat et les gynécologues-obstétriciens, « *les décideurs politiques ouvrent largement les portes du ministère de la Santé aux obstétriciens et les laissent eux-mêmes décider des orientations à suivre* » [79].

Toutefois, si un lien existe entre le gouvernement et le corps des médecins, celui-ci n'est pas toujours en faveur de ces derniers. En effet, les nouvelles compétences données aux sages-femmes durant la dernière décennie ne s'inscrivent bien évidemment pas dans un acte de générosité ministériel mais plutôt de nécessité, où un principe de délégation d'activités des médecins vers les sages-femmes entre en jeu. Mais l'Etat qui coordonne l'ensemble agit « *selon ses propres préoccupations (d'ordre financier, démographique) intervient dans cette délégation, même à l'encontre du corps médical* » [82].

On constate donc que les médecins ont une grande part de responsabilités dans ce qui s'est joué lors de cette grève, de par l'influence qu'ils ont sur le gouvernement et la domination qu'ils exercent sur les sages-femmes. Ainsi on peut donc s'interroger sur la partialité du ministère vis-à-vis de ses différents interlocuteurs lors des discussions. C'est ce que le Collectif dénonce « *suite à des divulgations d'échanges écrits entre certains responsables de syndicats de médecins et le Ministère [...] la partialité*

⁴⁷ *La pratique de sage-femme dans le monde* - coordonnée par Le Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA) - 2011 https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/fr_SoWMy_Full.pdf

de ces groupes de travail [est biaisée] » [105]. Mais les médecins ne sont pas les seuls à se dresser contre les revendications des sages-femmes. Les centrales syndicales expriment elles aussi de fortes réserves notamment sur le statut de Praticien Hospitalier.

c. L'opposition des syndicats (sauf la CFTC membre du Collectif), un intérêt relatif pour l'évolution de la profession ?

Pour rappel, la représentation des sages-femmes hospitalières fonctionnaires se fait actuellement par les grandes centrales syndicales. Bien que les syndicats professionnels représentatifs des sages-femmes défendent tous les secteurs de la profession, ils n'ont pas pour missions de s'engager au nom des sages-femmes hospitalières, ce qui serait le cas dans le cadre d'une sortie de la FPH. En cela, le CNSF soutient que les grandes centrales perdraient « *leur monopole* » [7]. C'est pourquoi, au sein des représentants de sages-femmes, les centrales syndicales refusent la sortie des sages-femmes de la FPH, créant donc une source de division au cœur des revendications portées par l'ensemble des sages-femmes. Le secrétaire fédéral de Force Ouvrière affirme « *certaines sages-femmes nous font savoir qu'elles ne veulent pas sortir du titre IV* » [106]. De plus A.-C. Ottan, responsable du collectif national des sages-femmes de la CGT, précise « *puisque le socle commun et les salaires restent les mêmes autant rester dans la FPH* », elle ajoute « *cela permettra de conserver l'unicité du service public* » [107]. Il en résulte finalement que des deux options proposées par le ministère, le statut de praticien en maïeutique (hors de la FPH) qui se rapproche le plus du statut de praticien hospitalier revendiqué par le Collectif, ne satisfait personne. En effet, ce dernier reste ferme à toute négociation, « *après plusieurs semaines de discussion [...] le collectif veut [...] réaffirmer ses revendications, qui restent inchangées* » [107]. Un statut hors de la FPH aurait pourtant pu permettre une première avancée pour la profession, mais le Collectif est resté sur ses positions que Michel Naiditch qualifie d'ailleurs de « *maximalistes* » [6]. A l'inverse, la deuxième option suscite l'intérêt des syndicats opposés et a donc conforté le choix d'un nouveau statut maintenu dans la FPH.

Le Collectif dénonce ces centrales syndicales, qui « *se réveillent après de longues années d'hibernation, et récupèrent notre mouvement [...] afin de défendre des positions à l'opposé des nôtres* ». Ce dernier clame une fois de plus son souhait de « *rejoindre le personnel médical à l'hôpital, notre corps* » [108], il réagit sur l'intérêt porté par ces centrales syndicales sur l'évolution des sages-femmes, « *que penser des déclarations de l'intersyndicale, [...] je cite « s'il y a sortie de la FPH, nous perdons la main » [...] ?* » [45]. Ainsi c'est plutôt ses propres intérêts que l'organisation syndicale défend.

Le statut des sages-femmes aurait-il donc été joué d'avance ? Le Collectif déplore en effet que « *l'ensemble des débats [...] a été dominé par les enjeux de pouvoir et les pressions exercées de tout bord* » [45]. Adrien Gantois membre du CNSF dénonce une « *certaine connivence entre les centrales syndicales et le ministère* » [44]. De même, Caroline Raquin, présidente de l'Organisation Nationale et Syndicale des Sages-Femmes regrette une « *opposition systématique des centrales syndicales* » qui souhaitent conserver le statut de fonctionnaire [44]. Enfin, Michel Naiditch entrevoit

dans l'opposition des centrales syndicales une « *alliance de facto existante entre l'intersyndicale représentant la FPH, d'un côté, et le Ministère et l'administration centrale de l'autre* ». Il ajoute « *même si l'on ne peut pas dire que les jeux étaient faits d'avance, dès lors qu'une proposition de statut à minima dans le cadre de la FPH était sur la table, j'aurais tendance à épouser l'idée [...] que les dés étaient largement pipés* » [5].

Ainsi, plusieurs intermédiaires sont venus se positionner dans le débat et plus largement dans la profession de sage-femme. La domination des médecins et la mainmise des centrales syndicales expliquent les vives réactions que ceux-ci ont pu avoir lors de la grève. L'ONSSF clamait le souhait des sages-femmes de « *participer de façon pleine et entière à la santé des femmes, mais en concertation avec les dirigeants et non pas comme des pions à qui on augmenterait les compétences afin de combler une déficience du système de santé* » [109]. Par ailleurs, au sein même de la profession des obstacles s'ajoutent aux facteurs extérieurs à la profession.

2) Les facteurs intra-professionnels

La vision des sages-femmes sur leur métier diverge. En effet cela s'est illustré dans certaines revendications qui ont scindé le corps professionnel au profit de certains représentants. Par ailleurs, la profession, majoritairement féminine semble discriminée sur cet aspect du genre, qui ralentit ses avancées.

a. Différents profils de sages-femmes dans un même corps professionnel

Michel Naiditch constate une fragmentation parmi les sages-femmes, qui les a divisées au cours de la grève. En effet un manque de cohésion a joué en leur défaveur. Celui-ci s'illustre bien avec la revendication portée sur le statut, certaines souhaitent conserver les avantages de fonctionnaire contre un gain d'autonomie, d'autres prônent un alignement de leur statut médical sur les autres professions médicales et pharmaceutique, le statut PH, garant d'une plus grande autonomie. Cette division est en lien avec la montée de la technicisation qui engendre plusieurs positionnements des sages-femmes au sein de la profession. C'est ainsi qu'une dichotomie se profile au cœur du métier, entre le relationnel et la technique. L'articulation entre les deux paraît difficile voire même contradictoire [95]. Béatrice Jacques et Philippe Charrier introduisent dans leurs travaux respectifs une scission de la profession en deux segments opposés : « *les hyper-techniciennes et les relationnelles* » [8], [95]. C. Puil soutient cette idée dans son étude des sages-femmes face à cette médicalisation des naissances. Celle-ci distingue quant à elle trois groupes distincts. D'un côté, elle décrit une position « défensive » plutôt conservatrice, qui s'appuie sur l'expertise médicale. Les sages-femmes assimilées à ce type de profil décrivent une certaine peur du changement perçu comme la perte de leur rôle propre, où l'aspect technique prend la place du sens clinique. Dans ce positionnement qu'on retrouve chez B. Jacques, les professionnelles

appréhendent plutôt leur rôle dans l'accompagnement des parturientes constituant une caractéristique identitaire forte pour certaines sages-femmes [79]. Cela s'accompagne d'une tendance au rejet ou du moins une méfiance de l'impact de la médicalisation sur la profession. Cette « position défensive » s'appliquerait majoritairement aux SF hospitalières selon C. Puil pour qui le relationnel prend tout son sens au moment de l'accouchement et favorise la physiologie. Selon B. Jacques, ce groupe comprend plutôt des sages-femmes travaillant en suites de couches ou en préparation à la naissance pour lesquelles une « *qualité de relation établie avec la patiente* » s'impose [79]. Par ailleurs ce groupe perçoit le mode de recrutement par PCEM1 comme une continuité de la médicalisation qui supprime le caractère de vocation de la sage-femme. Cette vocation pour le métier s'inscrit dans une perspective relationnelle ou la frontière entre le personnel et le professionnel est faible. Par conséquent, ce « *nouveau mode de recrutement sélectionne comme des médecins, la profession dominante et concurrente, qui par définition n'a pas la fibre accompagnante de la sage-femme* » [79]. Ce mode de recrutement n'est pas perçu pour ces sages-femmes comme une revalorisation réelle, il s'agit d'une reconnaissance institutionnelle mais de la part des patientes la connaissance du métier est toujours aussi limitée [95]. De même la recherche n'est pas forcément vue comme une avancée de la profession mais comme un risque de disparition des sages-femmes « de terrain ». Ici encore les sages-femmes perdent leur spécificité d'accompagnant au profit d'un savoir dit livresque et théorique [95]. Ce groupe correspond pour P. Charrier aux sages-femmes dites « technophobes », principalement selon lui les sages-femmes libérales et de PMI, qui optent plutôt pour des alternatives visant à limiter cette technicisation [8].

A l'opposé se dessine un mouvement militant qui tend à se détacher de la tutelle des médecins pour s'inscrire à leur tour dans une technicisation et s'élever vers une plus grande autonomie. Il s'agit plutôt cette fois des SF libérales, qui visent une pratique indépendante et plus autonome comme c'est le cas en maison de naissance [95]. Les jeunes sages-femmes hospitalières se placent également dans cette vision, où elles se situent dans des secteurs pourvoyeurs d'actes et de gestes techniques, « *la maîtrise de la technique [étant] plus gratifiante* » et permet une « *proximité avec le médecin* » sans pour autant se soumettre à lui mais agir en coopération d'égal à égal [95]. B. Jacques explique d'ailleurs que ce type de profil peut s'expliquer suite à un échec en médecine, qui viserait un rapprochement du rôle du médecin par la technique [95]. De même pour ces sages-femmes le PCEM1 est un moyen de se démarquer des paramédicaux pour s'affirmer comme profession médicale. Pour ce qui est de la recherche, celle-ci est perçue comme un moyen d'affirmer la profession de sage-femme à l'instar des autres. Il s'agit cette fois-ci de sages-femmes dites « technophiles » selon P. Charrier, qui sont majoritairement selon lui, les sages-femmes hospitalières, favorables à une meilleure utilisation de la technique visant plus à en normaliser l'usage au lieu de la supprimer [8].

C Puil définit une troisième position intermédiaire, dite "indifférente" ou "négociée", plutôt passive et acceptative avec toutefois certaines conditions. La relation avec le médecin est bien acceptée voire même rassurante et le mode de recrutement par concours commun est envisagé de façon neutre [95].

L'opinion de la technique dépend donc du mode de travail et du secteur d'activité avec une plus forte acceptation de la technique chez les sages-femmes hospitalières.

Si l'on compare ces deux premiers positionnements aux protagonistes de la grève, la position conservatrice est celle des grandes centrales syndicales avec l'UNSSF. A l'inverse, les sages-femmes dites militantes s'apparenteraient aux idées soutenues par le Collectif. C'est pourquoi ces deux partis font ressortir cette fragmentation qui existe déjà entre les sages-femmes avant la grève. Il s'agit de points de vue qui s'opposent quant à la vision du métier. « *Si la technicité est habituellement attribuée à la gente masculine, certaines sages-femmes revendiquent l'utilisation des techniques pour promouvoir leurs compétences et se rapprocher ainsi du modèle dominant* » à l'inverse, « *d'autres refusent l'innovation et l'univers techniciste de l'obstétrique pour défendre une autonomie professionnelle détachée de tout ce qui peut rappeler les médecins* » [110]. Certaines sages-femmes se disent d'ailleurs contre les changements récents de la formation et de la profession perçus pour d'autres comme de véritables avancées [95]. Philippe Charrier relève « *malgré les différents modes d'activité possibles pour une sage-femme, des tensions profondes apparaissent à propos de la mission de la sage-femme* ». En effet l'auteur décrit « *tout se passe comme s'il existait une tension entre le modèle d'une sage-femme salariée, dont les conditions d'exercice (et les attentes qui en découlent) se rapprochent progressivement des salariés du secteur de la santé, et un autre modèle, plus éloigné des contraintes des systèmes organisés hospitaliers [...] plus sensible à l'autonomie dans son exercice professionnel, repérable notamment dans l'exercice libéral* » [8].

Enfin, l'auteur met en évidence une « *tension entre polyvalence et spécialisation* » qui selon lui « *rend plus difficile l'unité des conditions d'exercice de la profession, ceci pouvant constituer un obstacle au processus de reconnaissance professionnelle* » [8].

Au-delà de ces divergences qui impliquent des visions et des pratiques différentes, un autre facteur rentre en jeu dans les obstacles rencontrés par les sages-femmes. Une profession quasi exclusivement féminine aurait moins de poids dans la balance des négociations.

b. Une profession féminine qui peine à se faire entendre

Comme nous l'avons vu précédemment, l'histoire inscrit la profession de sage-femme dans un rôle d'accompagnante dédiée aux femmes. En effet, l'ouverture de la profession aux hommes est assez récente puisqu'elle date d'à peine trente-cinq ans. Il en découle que « *la quasi exclusive féminisation de la profession de sage-femme a - et a eu - des conséquences sur sa réglementation juridique et sur son exercice pratique en termes d'inégalités sexuées* » [110]. E. Desnoyer soulève dans son mémoire la problématique du genre chez les sages-femmes. Selon elle, celles-ci ont rencontré des difficultés à se faire reconnaître socialement comme professionnelles en tant que telles. Une notion de métiers dits féminins « *fait son apparition à la fin du XIX^{ème} siècle [et] se définit ainsi spécifiquement autour des professions qui prolongent les tâches « naturelles » ou maternelles des femmes : infirmières, institutrices, sages-femmes etc. et les enferme dans la seule reconnaissance de ces qualifications* » [110]. C'est ainsi que dans un premier temps, les sages-femmes ne sont pas rémunérées pour leurs services, « *les activités de soins (métiers de femme), sont [...] pratiquées bénévolement par des femmes laïques, notamment au moment des guerres* » [110]. D'ailleurs, aujourd'hui « *[...] la sociologie peine encore à lire, à comprendre et à analyser la société sous le regard du genre, comme véritable facteur explicatif des relations de pouvoir et de hiérarchie entre deux groupes antagonistes* » [110]. De même, la question du genre ressort lors de la grève de 2013 comme un facteur explicatif des difficultés de la profession à se faire entendre. Le président de la Commission des droits de la femme et de l'égalité de genre Mikael Gustafsson ainsi qu'un des membres de cette commission Edith Bauer ont reçu une délégation. Celle-ci, composée de représentants de sages-femmes⁴⁸, pointe « *le cas de franche discrimination de genre qui pèse quotidiennement sur les sages-femmes depuis des décennies* » [111]. Cet aspect apparaît également dans les discussions de revalorisation de salaires, la centrale syndicale CGT Santé et action sociale compare la situation salariale des sages-femmes à celles des ingénieurs hospitaliers qui « *montre toujours une différence importante de considération de notre profession essentiellement féminine qui a le même niveau de qualification avec des responsabilités médico-légales supplémentaires* » [112]. Il semble que « *la profession de sage-femme souffre encore en 2014 de véritable discrimination de genre* » [111].

Cette double tutelle, qui relève à la fois de l'autorité des médecins et du genre, s'illustre une fois de plus par la présidence jusqu'en 1995 de l'Ordre des sages-femmes par un médecin gynécologue-obstétricien, « *vestige paternaliste et vision protectrice d'un corps professionnel masculin sur un autre corps exclusivement féminin* » [113].

Pour autant, certaines sages-femmes plus conservatrices ne sont pas forcément favorables à l'entrée des hommes dans cette profession, qui ne serait pas fait pour le sexe opposé selon elles. L'accompagnement serait moins recherché chez les sages-femmes hommes qui se tourneraient plus vers la technique comme le montre P. Charrier dans son étude sur les hommes dans la profession de sage-femme. D'ailleurs cette

⁴⁸ La délégation se compose du CNSF, de l'ONSSF, de l'ANESF, de l'ANSFC, de la CNEMA et de la Fédération santé sociaux CFTC

technicité les rapprocherait davantage du côté du médecin plutôt que celui de la sage-femme. On distingue une logique de genre tout de même, avec une prédominance des hommes en libéral qui leur donne une plus grande autonomie d'exercice, ou alors dans de grosses structures où ils retrouvent plus l'aspect technique et une rotation de services qui ouvre « *une plus grande diversité des tâches* » [95], [114]. L'entrée des hommes dans la profession divise là encore la profession en deux « partis », générationnels, il semble que les plus jeunes aient intégrées cette idée « *comme un élément allant de soi* » [8]. Les sages-femmes plus anciennes manifestent « *plus de réserves* » [8] vis-à-vis de l'aptitude des hommes à embrasser ce métier orienté vers un relationnel particulier auprès des femmes [8]. Toutefois, « *s'ils ne sont pas à proprement parler des « hommes de pouvoir », ils représentent un atout dans les luttes pour la professionnalisation des sages-femmes* » [114].

La profession de sage-femme présente donc plusieurs éléments qui limitent son évolution et la ralentit. Cette évolution n'est pas perçue de la même manière par toutes les sages-femmes, certaines en faveur d'un relationnel prédominant, d'autres se tournent vers la technique qui caractérise désormais la pratique de l'obstétrique. De même, l'exclusivité du sexe féminin a longtemps caractérisé la profession. La voix des sages-femmes est donc moins forte que celles des médecins puisque celles-ci sont moins nombreuses et moins reconnues. C'est d'ailleurs ce que dénonce une sage-femme dans l'Express, « *nous sommes peu nombreuses, majoritairement des femmes, nous n'avons pas l'influence des médecins qui siègent à l'Assemblée et au Sénat* » [115].

Cette hyper-médicalisation de la naissance atteint malgré tout depuis quelques années une certaine limite privilégiant une pratique plus naturelle de la naissance. Les maisons de naissance sont un bon exemple de ce retour à la physiologie qui tend à reprendre le dessus. Celles-ci offrent aux sages-femmes une plus grande liberté dans leur art, ce qui explique le développement important du secteur libéral depuis plusieurs années.

B. La redéfinition de la périnatalité française, pour un accès vers l'autonomie recherchée ?

L'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) fait paraître en mai 2016 un document sur la profession de sage-femme. Il décrit une activité croissante des sages-femmes libérales. En effet, « *la part libérale installée en ville n'a cessé de croître, pour représenter plus du quart des sages-femmes actives en 2014* » [116]. Cette activité varie d'une région à l'autre de 15% à 36% pour des sages-femmes en exercice libéral et mixte. De même, « *en ville, la composante libérale et mixte est majoritaire (respectivement 73 % en 1998 et 81 % en 2014)* ». Ainsi, l'Observatoire conclue que « *la part des sages-femmes en ville a fortement augmenté au cours des dix-sept dernières années* » et « *l'exercice libéral devrait doubler en 6 ans* » [116]. Le libéral donne aux professionnels une plus grande liberté d'exercice, avec une moindre dépendance aux autres professionnels comme c'est le cas en hospitalier.

C.Puil dans son étude, met en relief une vision plus autonome qui se rapprocherait de la sage-femme libérale, « *le pari avec le libéral concerne certes l'autonomie mais aussi la visibilité* » [95]. Une sage-femme interrogée dans son étude souligne « *si on est mal connue en fait c'est parce que l'on est dans des îlots, dans des cliniques, les hôpitaux, alors que quand on est en libéral on est au cœur de la société* » [95]. Cette autonomie reste cependant relative puisque leur clientèle dépend encore en partie de la délégation d'activités des grandes structures. Des mesures sont encore à améliorer car bien que la pratique de l'accouchement soit considérée comme le cœur du métier, l'accès aux plateaux techniques reste encore difficile pour les sages-femmes libérales [69], [95]. Par ailleurs, pour certains ce principe d'indépendance totale n'est pas complètement possible car « *la médicalisation appelle à l'interdépendance et le risque la présence du médecin* » [95]. Pour autant malgré un retard sur les autres pays européens, la France se met également en marche pour la mise en place de structures alternatives, comme les maisons de naissances. Michel Naiditch démontre qu'un changement d'orientation politique s'avère nécessaire pour une meilleure gouvernance du système de santé qui replacerait la sage-femme comme praticien de première ligne concernant le suivi physiologique.

1) Les maisons de naissance, d'une logique de risque vers le respect de la physiologie

Les maisons de naissance semblent être une alternative entre le libéral pur et l'hospitalier. Ces structures sont à proximité des hôpitaux ce qui limitent le risque éventuel tout en confiant leur gestion autonome aux sages-femmes [95]. Promis par Bernard Kouchner depuis 2001, et en discussion depuis 1980, le mouvement s'est enfin mis en marche en France depuis deux ans. Malgré son retard en comparaison aux autres pays européens, le projet est finalement mis en pratique. On remarque toutefois un décalage entre les pratiques françaises et européennes. En effet, dans certains pays d'Europe les maisons de naissance forment un réseau (NETZWERK) où la physiologie est le maître mot et dans lequel les structures doivent être géographiquement éloignées des hôpitaux pour éviter toute médicalisation intempestive [95]. L'argument des médecins français qui souhaitent une proximité géographique des maisons de naissance marque leur refus de laisser aux sages-femmes la physiologie. En effet, si ces structures se généralisaient, « 80% des femmes, autrement dit toutes celles qui connaissent une grossesse à bas risque, pourraient y accoucher » [79].

Les maisons de naissance ouvrent un vaste débat sur un retour vers une prise en charge plus de physiologie, répondant à certaines problématiques « *qui agitent actuellement le monde de l'obstétrique* » [117]. La sociologue Danièle Carricaburu souligne plusieurs arguments en faveur du mode de fonctionnement des maisons de naissance. Selon elle, le déficit de spécialistes serait comblé par les sages-femmes dans la mesure où ces structures ne nécessitent pas la présence de médecins. De même, moins d'actes techniques, réalisés par des professionnels dont les cotations sont inférieures à celles des médecins assure un bénéfice économique. Enfin ce type d'accompagnement répond d'un côté à la demande des sages-femmes mais également à celle des usagers du système de soin qui aspirent à retrouver le côté naturel de cet événement si particulier de la naissance [117].

Émerge alors progressivement dans l'univers périnatal un discours de « *dé-technicisation de la naissance* » [117]. Les sages-femmes entrevoient un intérêt dans cette nouvelle approche de l'accouchement qui s'inscrit dans ce « *processus d'autonomisation de leur groupe professionnel* » [117].

Finalement les maisons de naissance viennent contredire la conception française du risque obstétrical qu'expriment largement les médecins pour s'opposer à leur expérimentation. Ces deux idées radicalisent « *les positions des uns et des autres sur la question de la technicisation de la naissance et du maintien ou non, à plus ou moins long terme, des 80 % de grossesses et d'accouchements « physiologiques » dans le giron des obstétriciens* » [117].

Ces maisons de naissance sont donc un bon compromis pour rendre aux sages-femmes le niveau d'autonomie qu'elles ont progressivement perdues à cause de l'emprise des médecins et de la médicalisation des soins. Le risque obstétrical qualifié de « *délire sécuritaire* » par Michel Naiditch est une spécificité française [118]. De nombreux pays européens se sont tournés vers une organisation plus

harmonieuse où les sages-femmes respectent leur champ de compétences et d'intervention du « normal » et les médecins traitent des situations qui s'en écartent. Le système français nécessiterait donc un alignement sur l'exemple européen pour une approche plus logique de la périnatalité.

2) La remise en cause du système de santé français

« *L'exercice en milieu libéral ne saurait, en effet, échapper à une profonde mutation quant à son organisation avec l'ensemble des acteurs de notre système de santé* » [116] déclare l'ONDPS. En effet, l'organisation du système de santé est en remaniement. Michel Naiditch étudie la crise actuelle que connaissent les hôpitaux français et la médecine périnatale. Il remet en question les affirmations portées par le gouvernement en matière de santé, appuyées par les médecins. Selon lui un abus de pouvoir et de pratique amène les médecins à prendre en charge l'ensemble des grossesses perçues comme toutes potentiellement à risque. Il s'agit donc de remettre les professionnels à leur place pour « rendre la physiologie » aux sages-femmes et confier la pathologie aux experts. Cette notion de risque est diamétralement opposée à celles « *de la très grande majorité de nos voisins de L'UE* ». En effet la logique s'inverse, « *toute grossesse, sauf antécédents particuliers, y est considérée a priori comme normale* » [118], et non à postériori comme le défendent les gynécologues-obstétriciens français. « *Ces pays qui ont dans leur majorité de meilleurs résultats que notre pays, ont choisi en conséquence de confier la responsabilité du suivi de ce type de grossesses physiologiques aux sages-femmes* » [118]. Selon l'auteur, la fermeture des petites structures pour un regroupement au sein de gigantesques complexes hospitaliers ne résout pas le problème, « *il faut se diriger vers un modèle d'organisation plus proche de celui de nos voisins car plus efficace* » [118].

Trois conditions sont nécessaires pour que cette réorganisation soit réussie selon M. Naiditch. En premier lieu, il décrit le rôle fondamental des obstétriciens, qui doivent « *collectivement [accepter] de se cantonner à leur domaine d'expertise* » [118]. Par ailleurs, les sages-femmes sont également parties prenantes de cette transition envisagée, mais cela impose qu'elles soient « *prêtes à prendre le relais et à se comporter en groupe professionnel responsable, en acceptant de s'engager collectivement dans cette mission de santé publique* ». De même, l'auteur précise également « *que leur(s) syndicat(s) soi(en)t capable(s) de mettre de l'ordre dans les priorités d'une profession qui peine à se libérer mentalement de la tutelle médicale et à assumer collectivement les conséquences en terme politique de l'autonomie récemment acquise par leur ordre professionnel* ». Enfin, le gouvernement, chef d'orchestre de l'ensemble du système doit pouvoir adopter un « *changement d'orientation de sa politique en ouvrant [...] la filière de formation des sages-femmes [...] pour préparer le basculement du suivi majoritairement vers ce groupe* » [118]. De même, il convient de faciliter « *son autonomie en les institutionnalisant dans leur mission spécifique tout en incitant par des mesures économiques intelligentes, les femmes à bas risques à se faire suivre par elles [les sages-femmes]* » [118].

Michel Naiditch voit donc à long terme une reconfiguration qui suit la tendance européenne confiant aux sages-femmes le suivi des femmes pour assurer une prise en charge de la grossesse et de

l'accouchement dans la physiologie. Dès lors qu'une pathologie se manifeste, l'expertise médicale du gynécologue-obstétricien prend toute sa place et celui-ci se verra alors attribuer la responsabilité de ces patientes. Certains établissements ont déjà amorcé le mouvement en France et « *recentré leur activité sur le haut risque et externaliser le bas risque aux professionnels de santé de ville* » [116].

Le processus d'autonomisation des sages-femmes n'est pas sans difficultés. On le constate bien dans la lenteur qu'a pris l'expérimentation des maisons de naissance, qui sont restées en projet pendant plus de trente ans. Pourtant le mouvement est lancé et évolue petit à petit, à l'instar des pays européens. Les médecins ne sont pas prêts à laisser la physiologie à une profession qui en est pourtant la « spécialiste ». Pourtant « *leur champ de compétence [des sages-femmes] large, leur formation initiale rigoureuse, leur proximité grâce à un maillage territorial de plus en plus précis, font des sages-femmes des professionnelles de santé partie prenante de l'organisation des soins primaires en France* » d'après l'ONDPS [116].

Mais il s'avère que le système de santé ne peut s'améliorer qu'en opérant un rééquilibrage des fonctions de chacun. « *À ce jour, nous n'en sommes qu'aux balbutiements et la révision prochaine des programmes régionaux de santé doit permettre cette évolution* » [116].

V. Conclusion

La grève des sages-femmes de 2013-2014 s'inscrit donc dans un processus complexe. La profession de sages-femmes suit les pratiques de la médecine depuis que celles-ci n'ont plus l'exclusivité des naissances et de la santé des femmes en général. Une certaine domination des médecins est progressivement apparue en France, pour reléguer la sage-femme à un rang inférieur. On se rend bien compte que les revendications portées par la grève s'inscrivent dans un processus de plusieurs années. Celles-ci se manifestent de façon croissante en parallèle à une médicalisation intensive de la médecine. Parmi ces demandes figurent le statut médical pour les sages-femmes hospitalières, la position de premier recours pour les sages-femmes assurant le suivi des femmes, le processus d'universitarisation et ce qu'il implique, ainsi que la révision des décrets de périnatalité de 1998. Malgré un mouvement historique porteur de nouveaux espoirs pour la profession, un sentiment de déception signe la fin de cette grève. Le Collectif qui défend l'intérêt des sages-femmes regrette que ces dernières n'aient pas été entendues comme elles le souhaitaient. Le statut de « sage-femme des hôpitaux » ne satisfait pas la demande de reconnaissance d'une partie de la profession, les compétences des sages-femmes sont élargies mais toujours pas reconnues dans leur spécificité, l'intégration universitaire de la formation n'est toujours pas aboutie, et les décrets de 1998 sont simplement précisés. Ainsi, on ne peut pas conclure à une véritable évolution de la profession de par la grève de 2013. De nombreux freins se sont dressés contre les demandes des sages-femmes. Les médecins et les grandes centrales syndicales ont clairement montré leur influence sur le gouvernement. Ceux-ci ont une grande part de responsabilité dans les obstacles opposés à l'avancement de la profession grâce au pouvoir qu'ils disposent sur celle-ci. De même que l'Etat, au centre des négociations n'a pas été pleinement objectif dans ses décisions. La profession a donc fait face à des enjeux de pouvoir et de pressions qui la dépasse. De plus, les sages-femmes n'ont pas su former une unité de leur corps professionnel. Des divisions sur certains aspects des pratiques sont venues s'ajouter aux obstacles de la grève. Enfin la question du genre bien que révolue en apparence, avec l'entrée des hommes dans la profession, impacte encore le regard porté sur les sages-femmes.

Cependant, bien que les mesures qui ressortent de cette grève paraissent faibles, cette dernière s'inscrit dans un processus de changement qui paraît inéluctable. Jamais les sages-femmes n'ont été aussi mises en lumière de par la grève et les campagnes de communication qui ont suivi, ce qui, combiné à l'essor de l'exercice libéral a favorisé au sein de la population une meilleure connaissance des compétences et du rôle de la profession. Parallèlement, la réforme des études en sciences maïeutiques, en inscrivant clairement la formation de sage-femme au sein des filières médicales et pharmaceutique, reconnaît pleinement sa spécificité médicale. De plus, la PACES et la mise en place d'enseignements mutualisés avec les autres filières ne peut que contribuer à l'avenir à une meilleure connaissance réciproque entre étudiants des quatre filières et ainsi forger un respect mutuel entre ces différentes professions dès la formation initiale.

Dans cette dynamique d'évolution, de nouvelles structures sont en expérimentation dans lesquelles les sages-femmes y exercent seules. Les maisons de naissance semblent se présenter comme une alternative à l'hyper-médicalisation qui place le médecin au cœur de la périnatalité. Un rééquilibrage doit s'opérer, pour une redistribution harmonieuse des rôles. Celle-ci placerait la sage-femme comme « spécialiste » de la physiologie et les gynéco-obstétriciens comme experts de la pathologie. Ce mode de fonctionnement ne sera cependant possible avec la contribution de l'ensemble des acteurs du système de soins, et une volonté politique forte, qui redonne aux sages-femmes une réelle place auprès des femmes et des familles.

TITRE : La grève des sages-femmes de 2013-2014, la remise en question de la profession au sein du système périnatal.

AUTEUR : Sara Kuhn

Sous la Direction de : Mme Christiane Roux

MOTS CLES : Profession de sage-femme, Grève de 2013- 2014, Statut des sages-femmes enseignantes et des étudiants, Praticien 1^{er} recours, Ministère de la santé

RESUME :

C'est le 16 Octobre 2013 que la grève débute, qui marque le point culminant d'une série de mécontentement des sages-femmes. Elles réclament un statut hospitalier médical, un positionnement de praticien premier recours, une formation pleinement universitaire, et enfin la révision des décrets de périnatalité. Le bilan de cette grève s'annonce décevant. Peu de mesures sont adoptées, dont certaines étaient déjà en place avant le mouvement. Parmi celles-ci figurent un statut de sage-femme des hôpitaux peu innovant, des compétences toujours peu visibles, une formation encore majoritairement effectuée au sein d'écoles hospitalières et des décrets simplement précisés. De même, de nombreux freins sont venus ralentir la progression des sages-femmes vers plus d'autonomie. Parmi ceux-ci figurent le gouvernement, les médecins et les centrales syndicales, ainsi qu'une division au sein de la profession. Cependant, certaines mesures permettent une meilleure connaissance de la profession. La campagne de communication sur les sages-femmes, la réévaluation de la cotation des actes et une formation qui se met petit à petit en place dans les structures universitaires marque le début d'une profonde mutation. De même qu'une réorganisation du système de soin se met progressivement en place en France, à l'instar des autres pays européens. Une redistribution de la prise en charge entre physiologie et pathologie doit pouvoir replacer la sage-femme au cœur de la physiologie.

VI. BIBLIOGRAPHIE

- [1] Montazeau O, Bethuys J. - Histoire de la formation de sage-femme en France [En ligne] -Université Médicale Virtuelle Francophone-2012-[27p]
- [2] Gélis, J. - La sage-femme ou le médecin : une nouvelle conception de la vie - Editions Fayard-PARIS-1988-560p
- [3] Knibiehler Y. - Accoucher-femmes-sages-femmes et médecins depuis le milieu de XXe Siècle-éditions ENSP- RENNES-2007-204p
- [4] Schweyer F.X. - La profession de sage-femme autonomie au travail et corporatisme protectionniste-In : Sciences sociales et santé. Volume 14 n°3-1996-Pages 67-102
- [5] Roux C. - L'universitarisation de la formation de sage-femme : Quels enjeux pour la profession ? -Mémoire de master 2-Sciences de l'éducation-université de Lille 1-2014-122p
- [6] Naiditch M. - La sage-femme face aux pouvoirs : une analyse politique de la grève des SF comme outil de combat pour une pleine reconnaissance de leur profession – Profession de sage-femme - n°208 - 2014/09 - p22-28
- [7] Collège National des Sages-Femmes - Réflexion sur l'évolution du statut de la sage-femme hospitalière-2011-71p
- [8] Charrier P. Les sages-femmes en France, rapport de recherche Université de Lyon Centre Max Weber-UMR 5283-CNRS-Janvier 2009-2010-137p
- [9] Collectif des sages-femmes - Statut de la sage-femme hospitalière -2014-27p
- [10] La dépêche du Midi-Les sages-femmes durcissent le ton -Mars 2001- [Consulté en ligne le 23 février 2017] <http://www.ladepeche.fr/article/2001/03/29/217153-les-sages-femmes-en-greve-durcissent-le-ton.html>
- [11] Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes, Formation initiale des sages-femmes : Vers 5 années universitaires - [Consulté en ligne] -Janvier 2007-10p <http://anesf.com/wp/wp->

[content/uploads/Contrib-ANESF-2007-01-Formation-initiale-des-sages-femmes-vers-5-annees-universitaires.pdf](#)

[12] Arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé [Consulté en ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr/>

[13] Ordre des sages-femmes - Arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé - 17 Novembre 2009 [Consulté en ligne] <http://www.ordre-sages-femmes.fr/>

[14] Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) - Portrait des professionnels de santé - La PACES, porte d'entrée des études médicales en France - 2016

[15] Jeanvoine C. - Analyse d'une pratique d'accompagnement médical de la maternité physiologique : vers les « maisons de naissance » -Thèse de doctorat en médecine-Faculté de médecine de NANCY-12 décembre 2003-396p

[16] Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes-Contribution sur l'intégration universitaire de la filière sage-femme au sein des université [Consulté en ligne en Mars 2017] <http://anesf.com/wp/wp-content/uploads/Contrib-ANESF-lintegration-de-la-filiere-sage-femme-au-sein-des-universites.pdf>

[17] Andres E.- La grève de 2013-2014 : une crise identitaire des sages-femmes, étude qualitative sur le sentiment et les perspectives d'évolution de la profession. Mémoire-Ecole de sage-femme René Rouchy-ANGERS-2016

[18] Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes, Mouvement des sages-femmes : une mobilisation historique. Contact sage-femme-2014- 37 : 4-5

[19] Collectif des sages-femmes, Dossier de presse : Sages-femmes : Un an de mobilisation... Pourquoi ? Pour quels résultats ?

[20] Watremetz L. - Les sages-femmes françaises reçoivent un soutien européen pour lutter contre les discriminations- Hospimedia - Juin 2013 - [Consulté en ligne] <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20130620-ressources-humaines-les-sages-femmes-francaises-recoivent-un>

[21] Collectif des sages-femmes - Les sages-femmes aux fenêtres du ministère - annexe du Dossier de presse : Sages-femmes : Un an de mobilisation... Pourquoi ? Pour quels résultats ?

- [22] UNSSF - Zoom sur l'élaboration du socle commun du statut des sages-femmes - 4 février 2014
[Consulté en ligne] <http://www.unssf.org/index.php?mact=CGBlog,cntnt01,detail,0&cntnt01articleid=268&cntnt01returnid=30>
- [23] Marguerite C. - Sage-femme : retour sur leur grève illimitée- Parents.fr - mis à jour en Mars 2017
– [Consulté en ligne] <http://www.parents.fr/grossesse/suivi-de-grossesse/sages-femmes-retour-sur-leur-greve-ilimitee-13285>
- [24] ONSSF - Historique du Collectif des sages-femmes. [Consulté en ligne en mars 2017] sur :
<http://www.onssf.org/le-collectif-des-sages-femmes/>
- [25] Collectif des sages-femmes – Les sages-femmes interpellent la ministre - annexe du dossier de presse Sages-femmes : Un an de mobilisation... Pourquoi ? Pour quels résultats ?
- [26] Martrette B. -Les sages-femmes défendent leur cause devant France Télévisions-
Pourquoidoctor.fr-octobre 2013 [Consulté en ligne] sur : <http://www.pourquoidoctor.fr/Les-sages-femmes-defendent-leur-cause-devant-France-Televisions-4095.html>
- [27] Collectif des sages-femmes -Les sages-femmes dans le projet de loi de 2014 - 7 Novembre 2013-
18p
- [28] APM-International - Le Collectif des sages-femmes claque la porte de la réunion sur le statut -
[Consulté en ligne] - Décembre 2013 <http://www.cadredesante.com/spip/profession/sante/article/le-collectif-des-sages-femmes-claque-la-porte-de-la-reunion-sur-le-statut.html>
- [29] Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France - Le SYNGOF alerte les pouvoirs publics sur leur responsabilité dans la définition du champ de compétences des sages-femmes - 2014 –
[Consulté en ligne] sur : <http://syngof.fr/communiquespresse/pouvoirs-publics-responsabilite-competences-sages-femmes/>
- [30] Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale-Céder aux sages-femmes sur le « premier recours », c'est brader la santé des femmes et revenir loin en arrière - 19 Décembre 2013 - Paris
– [Consulté en ligne] sur http://www.fncgm.com/images/PREMIERE_PAGE/fncgm_131219_comquesf.pdf
- [31] Conseil National de l'ordre des sages-femmes- L'ordre des sages-femmes porte plainte contre la FNCBM et le syngof – 2014

[32] Collectif inter-associatif autour de la naissance- Le Ciane dénonce la campagne de dénigrement à l'encontre des sages-femmes - 2014 [Consulté en ligne] sur : <http://ciane.net/2014/01/le-cianedenonce-la-campagne-de-denigrement-a-lencontre-des-sages-femmes/>

[33] Touraine M. - Conférence de presse « sages-femmes » - 4 Mars 2014 [Consulté en ligne] [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/040214 - Intervention Marisol Touraine -
Conference de Presse - Sages-Femmes.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/040214-_Intervention_Marisol_Touraine_-_Conference_de_Presse_-_Sages-Femmes.pdf)

[34] Collectif des sages-femmes- Les sages-femmes rejettent la proposition faite par Mme Touraine le 4 mars 2014 - 7 Mars 2014

[35] Jégu S. - Le collectif des sages-femmes annonce une "semaine noire" dans les maternités ainsi qu'en ville - Hospimedia - 17 Mars 2014 [Consulté en ligne] sur : <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20140317-dialogue-social-le-collectif-des-sages-femmes-annonce>

[36] Ministère des affaires sociales et de la santé - Circulaire N° DGOS/RH4/2014/92 relative à la mise en œuvre des mesures prises en faveur de la reconnaissance des sages-femmes hospitalières et à l'application de certaines dispositions du décret n° 2013-841 du 20 septembre 2013 modifiant les dispositions relatives à la commission médicale d'établissement et aux transformations des établissements publics de santé et à la politique du médicament dans les établissements de santé - 10 Avril 2014 Consulté sur http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2014/04/cir_38189.pdf

[37] Bailly E.- Sit in des sages-femmes devant le ministère de la santé - France3.fr - 16 Octobre 2013 – PARIS – [Consulté en ligne] sur : <http://france3-regions.francetvinfo.fr/paris-ile-de-france/paris/sit-des-sages-femmes-devant-le-ministere-de-la-sante-339727.html>

[38] Ministère des Affaires Sociales et de la Santé-La Fonction publique hospitalière-mise à jour en Janvier 2017 [Consulté en ligne] sur : <http://social-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/fonction-publique-hospitaliere-607/article/fonction-publique-hospitaliere-fph>

[39] Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes - Contribution sur le statut des sages-femmes - Décembre 2011 [Consulté en ligne] sur <http://anesf.com/wp/wp-content/uploads/Contribution-Statut-des-Sages-Femmes.pdf>

[40] UNSSF - La sage-femme dans la fonction publique hospitalière - Décembre 2013 – [Consulté en ligne]

<http://www.unssf.org/index.php?mact=CGBlog,cntnt01,detail,0&cntnt01articleid=266&cntnt01returnid=16>

[41] UNSSF - Pour la poursuite d'une concertation collective - 18 Mars 2014 [Consulté en ligne] <http://www.unssf.org/index.php?mact=CGBlog,cntnt01,detail,0&cntnt01articleid=273&cntnt01returnid=16&cntnt01returnid=16>

[42] UNSSF - Zoom sur les positions de l'UNSSF - 28 novembre 2013 [Consulté en ligne] <http://www.unssf.org/uploads/Zoom%20sur%20les%20positions%20de%20UNSSF%20-%20Adhesion.pdf>

[43] Jégu S. - Praticiens hospitaliers et sages-femmes s'entendent sur la création d'espaces physiologiques - Compte rendu suite au groupe de travail du 6 Février 2014 - Hospimedia - 7 Février 2014

[44] Leparisien.fr - Le Collectif des sages-femmes quitte la réunion de concertation - 16 Décembre 2013 Consulté en ligne, sur :<http://www.leparisien.fr/laparisienne/sante/paris-les-sages-femmes-manifestent-de-nouveau-ce-lundi-16-12-2013-3413469.php>

[45] Collectif des sages-femmes - Communiqué aux sages-femmes Compte rendu de la dernière réunion du GT « statut » du 19 février 2014 - 22 Février 2014

[46] Fédération CFTC Santé-Sociaux - Compte rendu sur les négociations salaire-statut - 29 Avril 2014

[47] Hospimedia - Hospitalier estime « difficile » la transposition du statut PH aux sages-femmes- 18 décembre 2013

[48] Egora.fr - Les PH réticents à une revalorisation du statut des sages-femmes - 22 janvier 2014

[49] Chesnel S. - D'après les médecins, plus d'autonomie aux sages-femmes mettrait en danger les patientes - l'Express.fr - 22 janvier 14 Consulté en ligne : http://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/d-apres-les-medecins-plus-d-autonomie-aux-sages-femmes-mettrait-en-danger-les-patientes_1316024.html

[50] Collectif des sages-femmes - Compte rendu de la deuxième séance du groupe de travail « Premier recours » - 21 Janvier 2014

[51] Collectif des sages-femmes-Discours du Collectif prononcé le 19 Novembre, lors de la table ronde d'ouverture des négociation sages-femmes, en présence de Mme Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la santé » et Mme Fioraso, ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche-19 novembre 2013

[52] Collectif des sages-femmes - Compte rendu de la réunion plénière, groupe de travail « 1^{er} recours et place de la sage-femme dans le système de santé - 26 Mai 2014

[53] Collectif des sages-femmes/ DGOS - Propositions de travail pour la réunion « 1^{er} recours » - 19 Mai 2014

[54] Anesf, l'ANSFC, l'ANSFL, la CNEMa, le CNSF, l'ONSSF, l'UNSSF - Contribution : Sage-femme, praticien 1^{er} recours - 21 Octobre 2014

[55] Collectif des sages-femmes - Compte rendu du sous-groupe « discussion sur les lieux d'exercice des sages-femmes » -13 Mars 2014

[56] Collectif des sages-femmes - Groupe de travail « 1^{er} recours, ou en sommes-nous ? » - 14 Février 2014

[57] L'OBS - Après un an de grève, les sages-femmes fatiguées et écoeurées - 21 Octobre 2014 - [consulté en ligne] <http://tempsreel.nouvelobs.com/societe/20141021.AFP8837/apres-un-an-de-greve-les-sages-femmes-fatiguees-et-ecoeurees.html>

[58] Collectif des sages-femmes - Groupe de travail « statut » le rapporteur annonce la mort préméditée des enseignantes et de la formation des sages-femmes - 18 Décembre 2013

[59] Association Nationale des Sages-femmes Coordinatrices et Collège National des Enseignantes en Maïeutique - Compte rendu minute de la première réunion du groupe de travail : Formation initiale-formation continue et recherche - 13 Décembre 2013

[60] Collectif des sages-femmes - Groupe de travail sur la formation initiale, la formation continue et le recherche en maïeutique - 28 Janvier 2014

[61] Hospimédia - Les propositions sur les décrets de périnatalité et le premier recours insatisfont les sages-femmes - 27 Mai 2014

- [62] Collectif des sages-femmes - Communiqué de presse suite à la réunion plénière du GT « Décrets de périnatalité » du 26 Mai 2014 à la DGOS - 29 Mai 2014
- [63] UNSSF - Une première étape dans le positionnement des sages-femmes à l'hôpital - 19 avril 2014- [Consulté en ligne] <http://www.unssf.org/index.php?mact=CGBlog,cntnt01,detail,0&cntnt01articleid=284&cntnt01returnid=16>
- [64] Collectif des sages-femmes - Pourquoi les sages-femmes rejettent l'annonce de Marisol Touraine - 9 mars 2014
- [65] Collectif des sages-femmes - Analyse du décret portant statut particulier des sages-femmes des hôpitaux - 5 Janvier 2015
- [66] Ordre des sages-femmes - Etre sage-femme - Consulté en ligne le 26 Mars 2017 sur <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/>
- [67] Collectif des sages-femmes - 5 mai 2014 : Journée internationale de la sage-femme - Communiqué aux sages-femmes - 7 mai 2014
- [68] Association Nationale des sages-femmes territoriales - Sage-femme de PMI - [Consulté le 26 Mars 2017] sur : <http://www.ansft.org/sage-femme-pmi/fiche-metier-referentiel>
- [69] Collectif des sages-femmes - Nécessité d'un parcours de santé pour les femmes - stratégie nationale de santé, partie II, perspectives & propositions-2014-11p
- [70] Cavillon M. - La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs - Études et Résultats - DREES - n° 791 - mars 2012
- [71] Haute Autorité de Santé - Maison de naissance, cahier des charges de l'expérimentation – Mars 2014 - [Consulté en ligne] - https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/note_de_cadrage_maisons_de_naissance.pdf
- [72] ONSSF - L'expérimentation des maisons de naissance : démarrage début décembre - 29 Novembre 2015 [Consulté en ligne] <http://www.onssf.org/l experimentation-des-maisons-de-naissance-demarrage-debut-decembre/>

- [73] Jégu S.- Quand le statut de praticien hospitalier suscite tout à tour convoitise et attaque en règle - Hospimédia-18 avril 2014
- [74] Jégu S. - L'augmentation des salaires des sages-femmes est maintenue à une centaine d'euros en moyenne - Hospimédia – 3 Juin 2014
- [75] Jégu S. - Les syndicats appellent les sages-femmes à se rassembler devant le ministère le 3 Juin - Hospimedia - 28 Mai 2014
- [76] Ordre National des Sages-Femmes - Code de déontologie de la sage-femme - Version consolidé du 19 Juillet 2012
- [77] Ordre National des Sages-Femmes - Compétences des sages-femmes - Consulté en ligne le 23 Mars 2017 sur <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>
- [78] Ordre National des Sages-Femmes - Le droit de prescription. - [Consulté le 23 Mars 2017] sur <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/droit-prescription/>
- [79] Jacque B. - Sociologie de l'accouchement - Collection Partage du savoir - PUF - Le Monde - 2007 - 208p
- [80] Ministère des Affaires Sociale et de la Santé - Sages-femmes [Consulté en ligne] <http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/sages-femmes/>
- [81] Formation CCAM des Sages-Femmes - Consulté le 27 mars 2017 sur https://endirect-professionnels-de-sante.cpamcentre.fr/endirect-ps-37/sage_femme_37/iso_album/sf_-ccam_11_mars_2016_diapo.pdf
- [82] Jégu S. - Qu'ont vraiment obtenu les sages-femmes au bout d'un an de grève ? - Hospimedia -25 Septembre 2014 <http://abonnes.hospimedia.fr/enquetes/20140925-ressources-humaines-qu-ont-vraiment-obtenu-les-sages>
- [83] Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes - Contribution statut des étudiants sages-femmes - 2011 mis à jour en Janvier 2013 Consulté en ligne sur <http://anesf.com/wp/wp-content/uploads/Contribution-Statut-des-ESF-v2.pdf>
- [84] Collectif des sages-femmes - Communiqué de presse aux sages-femmes - 10 Janvier 2014

- [85] Collectif des sages-femmes - Modalités d'intégration des écoles de sages-femmes à l'université et possibilités de regroupement - 2014
- [86] Conférence Nationale des Enseignants Maïeutique - La recherche en Maïeutique – 2015 - <http://cnema.fr/cnema/recherche/la-recherche-en-maieutique/>
- [87] ANESF - Les étudiants sages-femmes demandent un vrai statut pour leurs enseignants ! 14 décembre 2015- Consulté en ligne sur <http://anesf.com/wp/?p=5735>
- [88] ANESF - Création du statut d'étudiant hospitalier en maïeutique - 16 octobre 2016 [Consulté le 27 mars 2017] <http://anesf.com/wp/?p=5799>
- [89] Gilles D. - Médecins contre sages-femmes, la guerre est déclarée - Lci.fr - Janvier 2014 – [Consulté en ligne] <http://www.lci.fr/societe/medecins-contre-sages-femmes-la-guerre-est-declaree-1541218.html>
- [90] Cour des comptes Sécurité sociale- Le rôle des sages-femmes dans le système de soin - Chapitre IV - septembre 2011 -
- [91] Carricaburu D, Ménoret M. - Sociologie de la santé - Armand Colin Editeur-2005-235 p
- [92] Montazeau O. - L'industrialisation de la naissance, Spirale-2010/2-n° 54, p. 91-111. Article consulté le 25 Mars 2017 sur <http://www.cairn.info/revue-spirale-2010-2-page-91.htm>
- [93] Knibiehler Y. - Une migration décisive - Spirale 2010/2 - n° 54 - p. 39-45 [Consulté en ligne] <http://www.cairn.info/revue-spirale-2010-2-page-39.htm>
- [94] Chowaniak M.- Les femmes et la périnatalité entre autonomie et dépendance – Mémoire – Université de NANTES- 2012-2013 - 51p
- [95] Puill C. - Les sages-femmes face à la médicalisation de la naissance et de leur formation – Mémoire - Centre hospitalier universitaire de ROUEN-2011-61p
- [96] Jégu S. - Le collectif des sages-femmes envisage une série d'action qui iront « crescendo » - Hospimédia - 6 mars 2014
- [97] Jégu S. - Les négociations sur le futur statut des sages-femmes à l'hôpital s'achèvent sans consensus. - Hospimedia - février 2014

- [98] Collectif des sages-femmes - Lettre à M Bernard Hédon, président de Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français - 27 Février 2014
- [99] Collectif des sages-femmes - Début de la phase de concertation sur le statut des sages-femmes. Communiqué aux sages-femmes - 3 décembre 2013
- [100] Collectif des sages-femmes - Réponse à Edouard Couty - Communiqué de presse -18 février 2013
- [101] Collectif des sages-femmes - Egalité, reconnaissance, autonomie : praticien hospitalier de sage-femme - 16 décembre 2013
- [102] Assistance Publique des Hôpitaux de Paris - Circulaire n° 07754 du 27 juillet 1988 concernant l'intégration des pharmaciens-résidents dans le corps des praticiens hospitaliers. - Juillet 1988 -
[Consulté en ligne] http://portail-web.aphp.fr/daj/public/index/display/nbparpages/25/page/488/id_fiche/8262
- [103] Dodier N., Darbon S. Eliot Freidson - La profession médicale - In : Sciences sociales et santé. Volume 3, n°1 – 1985 - p129-143
- [104] Clement J.M. - Ce que signifie la demande des sages-femmes - BJPH - n°169 - Juin 2014
- [105] Collectif des sages-femmes - Il n'y a plus d'interlocuteur responsable au Ministère de la Santé - Communiqué de presse - 11 Mars 2014
- [106] Jégu S. - Marisol Touraine doit désormais trancher la question du statut des sages-femmes, source de division - Hospimedia - 19 décembre 2013
- [107] Jégu S. - Les sages-femmes manifestent tandis que les syndicats craignent une « politique de la terre brûlée » - (12 Février 2014) - Hospimedia
- [108] Collectif des sages-femmes – Les sages-femmes savent « ce qui est bon pour elles » : le statut de praticien hospitalier sage-femme – Communiqué de presse - 14 Décembre 2013
- [109] ONSSF –Le politique et les sages-femmes : incompréhension ? manipulation ? - Communiqué de presse - 2 mars 2015

- [110] Desnoyer E. - Profession sage-femme et problématique de genre – mémoire de master 2 recherche
- 2007 - université Toulouse le mirail département de sociologie
- [111] Watremetz L. - Les sages-femmes françaises reçoivent un soutien européen pour lutter contre les discriminations – Hopsimedia 20 juin 2013
- [112] Jégu S. - Les syndicats appellent les sages-femmes à se rassembler devant le ministère le 3 Juin 6
-Hospimedia - 28 Mai 2014
- [113] Bonnefont S. - « En plein sous les feux de l'actualité, une profession féminisée maintenue sous tutelle » - Les Dossiers de l'Obstétrique - n° 436 - Avril 2014
- [114] Charrier P. - Des hommes chez les sages-femmes : Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.)-
Sociétés contemporaines - n°27-2007-130p
https://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=SOCO_067_0095
- [115] Hache C. - Statut des sages-femmes : « c'est de la poudre aux yeux » - l'Express – 4 Mars 2014
[Consulté en ligne] http://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/statut-des-sages-femmes-c-est-de-la-poudre-aux-yeux_1497211.html
- [116] ONDPS - Les sages-femmes, une profession en mutation - Mai 2016
- [117] Carricaburu D. - De l'incertitude au risque obstétrical - Article de la revue Sociologie et sociétés
- Volume 39, Numéro 1 – 2007- p. 123-144 - [Consulté en ligne le 25 Mars 2017]
<http://www.erudit.org/fr/revues/socsoc/2007-v39-n1-socsoc1894/016935ar/>
- [118] Naiditch M. - La crise des maternités. Quelques réflexions sur une faillite prévisible - [Consulté en ligne le 25 Mars 2017] <http://portail.naissance.asso.fr/docs/crise-maternites.htm>