

Journée du 4 décembre ANSFL

Rencontre autour des difficultés que nous ne partageons pas !

Document préparatoire à la conversation entre professionnelles SF.

## **HPTS**

La réforme **Hôpital Patient Territoire Santé** veut axer ses économies sur la **prévention**.

La prévention cela nous connaît ! Et nous rencontrer pour décloisonner les pratiques dans les différents secteurs de notre profession c'est faire émerger le RESEAU humain tellement utile ; c'est oser, demain, prendre le téléphone pour s'informer de ce qui ne peut se transmettre par écrit dans un dossier : un ressenti, une perception, une confiance qui ne peut s'écrire sans désavouer la qualité de la rencontre. Notre engagement fort, peut faire évoluer la profession, ne perdons pas une occasion de nous rencontrer et de construire notre avenir professionnel ensemble.

## **Acte politique : ne pas renoncer au dialogue, aux points de vue différents**

Si tout est politique, comme les rapports de pouvoir dans la société le prouve, au sein de l'état, du travail et de la famille, ma venue dans la cité parisienne, moi qui vient de ce qui sera demain le grand Paris, ne concerne pas seulement l'acte d'une sage femme hospitalière provinciale. J'ai connu l'activité dans le secteur privé et le « travaillez plus » de l'activité libérale conjointe pour justifier les salaires plus bas du privé !

Mais aussi je me présente à vous responsable d'un mandat syndical (CGT) que j'honore parfois difficilement (temps et apprentissage long), élue d'un comité technique d'établissement et commission paritaire, membre d'une école de psychanalyse, inscrite au collège des sages femmes, formatrice depuis des années auprès des étudiants en consultations et préparation à la naissance et inscrite à la Société Française de santé Publique.

Ces instances professionnelles, preuves de notre démocratie doivent être investies par chacune de nous : un travail au sein du pôle modifie notre quotidien, un mandat syndical permet de faire valoir nos droits, faire respecter la loi et poser les limites à l'appréciation inattendue qu'on lui fait subir dans les pratiques de management.

Les partenaires sociaux présents dans les négociations sont le pouvoir décisif dans la carrière de la fonction publique et territoriale, et de plus en plus investi par le privé qui voit se dégrader gravement ses avantages, qui étaient bien modestes.

Le champ du syndicat professionnel permet par ailleurs d'élever la profession, de débattre sur son avenir et son « identité », mais là le **problème de la représentativité** et des positions de pouvoir est gravement posé. (Je ne saurais vous proposer qu'une réflexion : la permutation tous les deux ans dans toutes les instances, le partant servant de suppléant formateur à l'arrivant).

## **Le pari de la conversation : les multiples facettes de la profession**

Sur quel pari peuvent miser **toutes les sages femmes dans une conversation autour de nos collaborations pour influencer l'application des décisions politiques qui vont réorienter notre profession, ce afin de conserver sa diversité ?**

Face au trois impossible de Freud : gouverner, éduquer, et psychanalyser, faisons une analyse critique de nos positions face à la nouvelle orientation : quels sont les actes forts qui pourraient permettre de faire respecter les droits des patientes ? Comment protéger les droits sociaux acquis par un combat mené sans merci par deux générations avant nous, et rentrer dans un dialogue entre professionnels de différents secteurs pour **PENSER ENSEMBLE** nos collaborations au sein des réseaux de santé, transmettre les expériences des unes et se saisir de l'enthousiasme de chacune dans son style ? Cette singularité, ces choix personnels de se former donne un panel qui peut répondre à de nombreuses façons d'accompagner, cette variété ne serait-elle pas la richesse utile à l'ensemble de la profession ? Refuserons-nous une formation uniformisante si la L1 santé

ancrée dans la norme et l'évaluation des risques oublie de nous parler du soin de qualité au plus près de la réalité et de notre responsabilité au delà du coût de la PREVENTION en santé publique, qui est LA valeur inestimable. Cette première année présentée comme outil pour prévoir une réorientation des étudiants en cours d'année, elle devra donner les bases de la nouvelle politique des Agences régionales en Santé : mais la nouvelle gouvernance, transforme l'hôpital en entreprise remaniant totalement le paysage de notre système de santé. Formaté à l'économie l'étudiant aura-t-il reçu les enseignements du respect, de la psychologie, de la patience que ces professions nécessitent ?

### **Se faire partenaire**

Nous le pouvons en adressant à chacune pour ce qu'elle a d'unique dans un réseau parfois informel de liens HUMAINS, la patiente qui a besoin d'une attention spécifique ; plutôt portée sur sa globalité somato-psychique que sur le corps stigmatisé par sa rondeur, le genre stigmatisé par son allure ou pire l'origine dans une époque où discrimination et discours sécuritaires font resurgir la haine de l'étranger. Permettons qu'elle rencontre la sage femme à deux pas de chez elle, ou celle qui lui offre l'acupuncture qui l'intéresse, mais aussi celle qui par son expérience peu donner le meilleur à une mineure par la patience ou l'expérience qu'elle a acquis, une autre par son talent dans le soutien du deuil périnatal, formation délicate acquise peu à peu parfois complexe.

Relisons ensemble les **premiers articles de notre code de déontologie** et portons nous garantes que nous respecterons les choix de ces femmes, toutes sans discrimination aucune, qu'il s'agisse pour elles de protéger leur bébé, ou bien leur santé mentale ou physique en décidant douloureusement d'interrompre une grossesse. Et sans vouloir cet après midi anticiper le débat de demain, j'espère que nous répondrons : « présentes » devant la détresse qui accompagne certains choix propre à l'histoire d'un sujet, et pas sans conséquences. Si « Avenir » il y a pour notre profession qu'il soit garant de la laïcité dans les soins comme dans l'éducation, ne pas permettre l'intrusion du religieux dans l'intime de la vie du patient. A Chacun son choix : mais le collectif de « sages femmes (qui se disent) de demain » me semble bien « vestige d'un passé » qui connu la mort des femmes refusant une grossesse, dans les mains de faiseuses d'anges. Mais aucun angélisme à refuser de voir la maltraitance qui perdure pour ces enfants issus de grossesses non souhaitées et qui préoccupent tellement pédiatres et psychiatres.

L'Europe s'élève contre ces faits (mort maternelle, violence sur enfant) et nous ne pouvons l'ignorer seule la contraception et les grossesses souhaitées réduisent la mortalité des femmes. L'OMS dénonce le manque des moyens donnés pour venir à bout de ces problèmes dans les pays pauvres, nous devons défendre les droits des femmes et le droit de l'enfant à arriver dans un climat d'accueil rassurant, être désiré garanti sa position de sujet. Il ne peut être l'objet de transactions, ni avec les parents, ni avec les soignants.

Nous n'appartenons pas à une masse qui se laisserait absorber par la norme, nous avons chacun une force puissante qui nous anime, un inconscient qui guide nos actes et nos choix. Notre désir individuel peut nous élever, mais la quête de reconnaissance peut devenir le moteur d'une « force de travail exploitable » et dont chacun venu ici, peut mesurer l'intensité au sein de notre profession.

Mais nous pouvons avoir également une **force d'opposition et de résistance si nous unissons nos énergies**. Cette force mise au service d'une politique de protection de la famille doit maintenir la femme en Santé sans faire du soignant une main d'oeuvre à bas prix !

Je jette un **regard critique sur la normalisation et l'évaluation à tout va** et sur les décisions qui ont été prise par la LOLF (Loi d'Organisation et de Finance) de **vendre des services** en

Europe et de faire de notre profession un « service monnayable », mais qui sera bientôt mis sous la tutelle d'une Agence régionale en Santé chargée d'appliquer les directives ministérielles. ( Loi de circulation des professionnelles aux frontières, Mobilité des fonctionnaires en les trois Fonction publique, LMD sur toutes l'Europe, mais aussi planification des besoins et des dotations de professionnels, régulation des règles d'installation ).

La nouvelle loi HPTS en combinant le paiement à l'acte, paiement au forfait pour les missions de prévention et la rémunération de la performance dans le public comme dans le privé, on assiste à un projet qui va totalement redessiner l'activité libérale. Ramener des médecins vers l'Hôpital pourra ramener de l'activité et de la performance et grossir la Tarification à l'activité TAA, mais faire sortir les sages femme de le FPH Fonction Publique Hospitalière, là le tour n'est pas joué ! Ce serait sans compter sur les 13000 professionnels qui ont choisi le statut hospitalier, qui se sont mise au service de l'Urgence et de la prévention dans le service public avec cette gratuité totale des soins autour de la maternité mais soumis à cette condition particulière : pouvoir être rappelé à tout moment en situation de crise, obligation de soins : la Grippe H1N1 en fait état. Cette situation de crise rare vient aussi de rappeler aux médecins libéraux qu'ils pouvaient temporairement être mis à l'écart du système ou sur l'avis d'un préfet brusquement réquisitionnés le dimanche.

Nous aussi dépendons de la préfecture, dans nos écoles avant que l'université ne prenne la relève, nous aussi recevons du préfet les ordres d'assignation de travail lors des grèves. Il faudrait qu'ils viennent nous chercher à la maison comme la loi le stipule ( da,s le site rue 89 témoignage d'un médecin obligé de prendre une garde alors qu'il cumulait déjà un nombre d'heures et épuisé réclamait du repos pour la sécurité des patients : réquisition et sanction de l'ordre !).

### **Service public demain : pour qui les missions ?**

Demain, que seront les obligations des sages femmes libérales tenues de répondre de la mission de service public ?

Pour nous les hospitalières nous atteignons la catastrophe : les restrictions d'effectifs dans tous les secteurs occasionnent des désordres graves qui mettent en **danger les professionnels d'un point de vue médico légal** (j'y suis sensible condamnée pour rupture utérine sur déclenchement utérus cicatriciel et retard d'appel).

Sans arrêt rappelés sur repos et récupérations, les congés maternités non remplacés, les effectifs à couteaux tirés occasionnent des vies familiales de galère et je ne vois pas comment on pourrait ajouter à cela une activité libérale à temps partiel supplémentaire. Réfléchir sur le statut avec le collègue m'a permis de me rendre compte d'une profession à deux vitesses. Ceux qui sont curieux, combatifs, fonceurs et qui ne resteront pas à la FPH, ni dans le même milieu, ni dans le même cadre professionnel et les autres ceux que j'appelle « la mains d'oeuvre, les petites mains de la TAA » qui ont envi de stabilité, d'un toit tranquille et d'une vie de famille agréable avec des petites vacances ressources. Appelez nous « les faignasses » de la fonction publique, fonctionnaires qui avaient à ce jour sécurité de l'emploi et retraite à 55 ans pour la pénibilité. Elles se préparent à voir disparaître cela, alors même que toutes les statistiques font état de carrières qui ne peuvent être menées à bout par l'épuisement professionnel, des maladies professionnelles imputables au désordre du travail de nuit pendant longtemps. Des carrières interrompues prématurément pour aller dans un tout autre parcours : garder des chèvres, ouvrir des chambres d'hôtes !!!

Elles stressent devant pathologies, IMG, éclampsie et prématurité induite. Elles savent qu'on ne leur fera pas de cadeaux au moindre manquement. Elles croulent sous les protocoles et transmettent leur savoir aux étudiants médecins, et sages femmes pour pas un rond de plus. Car où les gynéco apprennent ils leur métier ?

Les usagers réagissent quand nous les exposons par des effectifs réduits à des soins de qualité moindre, à des retards d'appel, ou au non respect des directives prônées : soulager la douleur, exigence légitime de disponibilité et d'accompagnement moral en cas de risques, prématurité , IMG ...Pouvons nous leur en vouloir de se retourner contre l'Hôpital où ils espéraient trouver la sécurité, et où le rythme d'enfer des équipes fait suspecter inévitablement la faute, l'imprudence, la négligence ou l'inattention.

Ne m'en veuillez pas de vous resservir mes petites rancoeurs personnelles, mais si faute il y a eu c'est bien de l'impossibilité d'être à deux endroits en même temps. Aucun juge n'en a tenu compte, tu dois RESTER auprès de la patiente à risque ! La condamnation ne sera supportable qu'à protéger mes collègues par une colère vissée au tripe de l'injustice que recouvre la non prise en compte du réel imprévisible, de notre responsabilité, et l'absence de dignité des salaires de notre profession.

Je compte bien réveiller l'eau qui dort comme nous l'avons fait il y a quelques mois en annonçant notre vœux de lancer une action pour la journée internationale des sages femmes ce projet aura mis deux ans à mûrir sur le site Yahoo, pour finir par aboutir grâce aux étudiants et aux syndicats professionnels à la journée mémorable dont nous nous souvenons. Ce 5 mai 2009 où les forces vives de la profession ont émergé en quelques jours !

Les rapports de force entre les décisions politiques et la profession sont sans commune mesure mais c'est que nous **sous estimons notre capacité de résistance** et l'embarras dans lequel nous pouvons plonger les ministères de la santé et de la famille si nous unissons nos forces. C'est notre unité qui peut nous rendre plus fortes et plus efficaces.

### **Mais quel chiffrage est donc fait de l'activité des sages femmes ?**

Ordre, numéro Ameli, voilà que toute notre activité apparaît lisible : pour vous libérales cela n'est pas nouveau mais pour la masse anonyme des sages femmes hospitalières, cela n'était pas si évident. Mais voilà qu'il va falloir être rentable, justifier chaque geste, chaque examen et là nous plongeons dans l'écart entre l'imaginaire de l'administratif et le réel du chiffrage d'une activité à 100 Km à l'heure.

Dans les niveaux III du secteur public ce sont bien elles sages femmes qui assurent le quotidien Urgentiste, qui se coltine la misère du monde la nuit, le Week end et jour de fête pour des salaires médiocres. Pensez un peu 12 naissances par garde ne gênent pas les pouvoirs publics, si les disponibilités mettent les professionnels devant des choix impossibles et font courir des risques, qui sait qu'il faut rédiger une fiche d'avis d'incidents ou que le droit de retrait devrait s'exercer chaque fois qu'une situation peut s'avérer dangereuse pour la patiente et son bébé.

La saisie des données assurées par nos soins a organisé la fermeture des petites maternités, qui produisent ces Pôles inhumains où les soignants finissent malgré la bonne volonté par craquer.

On a rendu lisible aux administratifs, les écarts entre différents service, des pratiques différentes, parfois corrigées dans l'intérêt des patientes, mais avouez que vous n'aviez pas lu les 20 dernières pages de plan de Périnatalité qui, après avoir prôné l'HAD et la sécurité du Transfert, parlait de l'extension des systèmes informatiques pour améliorer les transmissions. Ceci dans quel but ?

Ceci en vue d'évaluation des services, de gestion plus économiques dès la mise en place de la nouvelle gouvernance où le budget de l'Hôpital se fait désormais chaque mois en temps réel. Les moyens ne sont plus l'enveloppe globale, mais seront attribués par l'ARS selon les performances du Pôle et l'atteinte des objectifs fixés par les personnels médicaux : rendement et salaires avec prime augmentée selon les résultats, vous ne rêvez pas !!!

Evaluer et apporter des informations recueillies pour gérer l'intendance, l'occupation des lits, la fermeture de service ou la réquisition de l'espace. Transmettre à la hiérarchie les informations pour organiser par les Groupes Homogènes de séjour des prix moyens pour le public comme le privé, allant vers le maximum d'économie. S'ajuster sur Angers ne veut pas dire que là bas les

patientes sont plus contentes, mais que le rapport personnel / prix de revient est des plus avantageux pour le pôle !!

**Nous devons donc transmettre toute donnée évaluable afin de générer les politiques de prévention.**

**Qu'est-ce qu'on transmet, pourquoi on transmet** était la question de F Molénat à la formation passionnante de formatrice réseau à Montpellier ou au DU de périnatalité ? Les sages femmes se sont élevées quand l'entretien si précieux à nos pratiques faillit devenir psycho social obligatoire dans le plan de **prévention de la délinquance**. Affolant, les sages femmes reléguées à devenir les assistantes sociales d'une période peu recommandable d'après guerre, fan du fichage accru.

Et quid des droits du patient, quand des données sont amenées à circuler sans précautions entre hôpital et mairie, le fichier Edwige vous connaissez ?... Pourtant votre expertise de l'entretien si elle est précieuse doit bien figurer sur un outil. Ce fameux carnet de santé que la Normandie a adopté avec difficulté. Seule les sages femmes de PMI en font un moyen de se transmettre l'information.

Comment ne pas risquer de porter atteinte à la confidentialité ?

La liberté d'installation est déjà mise à mal pour médecins et infirmières. Les exigences de respect de certaines règles dans l'organisation des prises en charge par les EPP, les missions obligatoires imposées sont en train de réduire la part de liberté chèrement protégée par les professionnels qui avaient choisi ce type d'activité libérale. Ne confondons pas libérale avec liberté !

Croulant maintenant sous les contraintes d'organisation et de charges professionnelles croissantes, voilà que se trouve mis à mal en plus la notion d'autonomie des sages femmes en inscrivant les professionnelles dans des pratiques toujours plus nombreuses, complexes et renouvelées à une vitesse qui dépasse le temps réservé pour la formation. Toujours plus contraignantes en terme de temps pour réaliser l'acte, comment assurer la compréhension élément important dans un litige, le consentement est -il obtenu en toute compréhension ou arraché à la va vite ! Et de quel temps disposerons nous pour cela ?

Le système d'assurance sociale qui permettait à la collectivité d'assumer la prise en charge de soins de maternité de façon équitable pour tous peut être mis à mal. Il y avait jusqu'à présent une organisation défendue par les syndicats des professions libérales : libre choix du soignant par le malade ( avec les territoires de santé cela peut changer), liberté de prescription (modifiée par les génériques et le numéro AMELI qui évalue ce qui est prescrit et pourrait déboucher sur des sanctions !), paiement et entente directe sur les honoraires entre patient et soignant avec les excès sans tact ni mesure que l'on connaît pour certains, particulièrement en obstétrique et anesthésie.

A ce jour le point d'équilibre en France entre une médecine générale profondément libérale et un système social de prise en charge collective est en train de basculer. La prise en charge des ALD affection de longue durée a fait exploser la quantité d'actes. Pour l'Hôpital qui voit croître aussi les soins pris en charge pour les patients de plus en plus précaires ou à la santé dégradé au fil des années, il a donc été appliqué des coefficients réducteurs. Sachez que quand on atteint un certain nombre d'actes, l'acte coûte moins cher, ceci valable pour le prix de l'accouchement normal dont le système de cotation d'actes se fait directement maintenant par le dossier sage femme dans un système Web 100 T. Là toujours main d'oeuvre sage femme sans effectifs ajoutés.

Il est possible qu'à l'occasion de cette refonte organisée dans chaque région par l' ARS Agence Régionale en Santé, notre profession trouve sa place comme dans d'autres pays européens. Mais quel acte sera susceptible de subir un abattement, je pense à la Préparation à la Naissance et à la Parentalité par exemple qui faillit déjà se voir réduite et dans laquelle il faut maintenant inclure dans un temps record de plus en plus de choses pour organiser l' HAD. En baissant le taux et en

augmentant la prestation suivi gynécologique, on peut mesurer les effets sur la répartition des actes imposés par l' ARS.

A l'Hôpital, nous n'avons plus le temps de séjour suffisant pour apprécier l'état psychique de la mère, alors que les jeunes professionnels n'ont que peu de formation d'analyse des pratiques pour développer les capacités diagnostiques d'une dépression pendant un séjour express en maternité.

En remisant sa responsabilité sur les associations de parents, l'état se défait de sa mission de prévention. On se prive de la compétence de certains professionnels aguerris sages femmes, auxiliaires expérimentées et psychologues qui pourraient faire partager leur expertise de situations déjà familières, transmettre aux étudiants cette qualité d'approche préventive sans étiqueter la patiente dans une conversation stérile.

Mais il y a cet objectif premier **RGPP, Réduction Générale des Politiques publiques.**

Non remplacement d'un fonctionnaire sur deux, y compris ravalement de l'organisation des soins dans des services publics devenus performants, mais qui peuvent transférer une partie de leurs missions dans le privé. (Concernant la maternité d'autres pays Québec, et Allemagne dirige l'activité vers le privé).

Le clientélisme privé et la concurrence s'accompagnent souvent de la qualité. Il faut attirer du monde pour voir croître les honoraires fixés sans tact ni mesure. Les coachs pressent les équipes à un rendement, qui accroît les dividendes des actionnaires et la Générale de santé en sait quelque chose. Les professionnels se mettent en rivalité pour avoir de quoi vivre et payer les charges, la liberté d'installation réduite résoudra ce problème. Il est sûr que si chaque mère avait une sage femme libérale référente, une partie des soins pourraient être redirigés vers le libéral ! A vous de jouer, bientôt les hospitaliers auront l'obligation de passer la main. Demain ce sera peut-être la foire d'empoigne pour garder une patiente, "SA" patiente ! C'est bien ce qui vient d'arriver à certains spécialistes, avec le passage au médecin référent il a recapté la clientèle.

C'est ce qui peut se faire mais le contrat tacite de soignants d'accepter la CMU est parfois remis en cause. L'absentéisme des patients peu disciplinés au respect de rendez vous n'est pas chose facile à compter pour le professionnel libéral. Les attentes d'un groupe de préparation à la parentalité doivent tenir compte des difficultés de communications qu'ont certaines femmes. Il faut donc se résoudre à ce que s'opère une forme de « trie vertueux » au sein de l'Hôpital des patientes pour permettre une collaboration efficace. La dotation des SF15 puis SF12 pour la préparation individuelle a rendu possible une prise en charge personnalisée, dans les situations les plus délicates mais il faut aussi compter le temps post natal, et là l'Hôpital est en rupture de soins le plus souvent. En organisant en amont le repérage des situations vulnérables nous pouvons apprécier quel type d'accompagnement convient mais il faut accorder à la patiente le choix de décider en influençant avec tact, ce qui serait le mieux, **le plus proche de son domicile (Proximité), le moins discontinu possible comme choix de suivi.**

**Sans rivalité, peut-on offrir le choix d'un suivi personnalisé et accentuer avec les étudiants l'attention porter sur les besoins différents d'une femme à l'autre. Proposer à toutes l'entretien tient encore de l'exploit, beaucoup de professionnels n'ont pas compris la différence entre première consultation ouverture du dossier, et le premier entretien et parfois le projet de naissance.**

**Dans les écoles, il faut porter ce travail des professionnels de terrain, faire entre les actifs des ponts vers les lieux de formations étudiants, facultés de médecine. (L'arrivée des nouveaux internes est toujours une situation chaotique et au Havre assez mal organisée.)**

Cette **CONTINUITE** autour de la patiente est un point important de la collaboration, qui peut éviter l'éclatement d'une situation déjà fragile au moment de l'accouchement. Qui reprend en

charge la suite en post natal ? Quel formation faut-il offrir aux étudiants pour ne pas s'appropriier la propriété de la patiente : MA DAME, ni du bébé objet de convoitise dans les services de suites de couches ou de néonatalogie ! Les choses évoluent mais il y a encore du boulot dans les formations d'auxiliaires de puéricultures, de puéricultrices de sages femmes, jeune génération à laquelle il faut transmettre ces principes.

Il semble que de nombreux professionnels se jugent meilleur que l'autre maternel, et véhicule une idée de la bonne mère idéalisée. Il ne serait pas bon que le bébé devienne l'objet transitionnel du soignant ! Pour faire une référence décalé à la mère suffisamment bonne de Winnicott. Ou que l'amour de transfert ne devienne un souci entre la sage femme et la patiente se vivant « abandonnée » en post natal. Des précautions s'imposent donc à l'issu du séjour maternité, des visites indispensables mais coûteuses en temps et mal rétribuées.

Mais le paradoxe, c'est que poussées par Me Poletti député UMP qui nous incitait à s'installer en libérale lors d'un discours à l'assemblée Nationale l'année dernière, il n'est pas du tout était fait état de la valorisation dégradée de nos actes et du SF que l'Urcam s'obstine à geler là où les actes des médecins grands prescripteurs de soins se sont envolés.

Les consultations sages femmes revalorisées rapporterez beaucoup à la TAA hospitalière : pensez 17500 consultations par an pour six sages femmes contre 3500 pour dix médecins ...rassurez vous ils s'occupent à d'autres activités quand même !!

On déclare que les professionnels hésitent à s'installer alors que l'ensemble de l'Europe est acquis à la cause Sage femme. Par ailleurs on menace sans cesse « toute sage femme vue comme écervelée » qui souhaiterait exercer son art en mettant au monde des enfants en AAD ou en maison de naissance ou même obtenir un accès à plateau technique, ce qui est loin d'être acquis sur tous les territoires de santé. Nos voisines québécoises et anglaises ont elle un chromosome en plus qui leur permet de voir cela sous un autre angle ? Les hospitalières, les premières broient du noir à ce sujet redoutant de voir arriver l'hémorragie de deux heures du matin, la procidence, ou le nouveau né en état de mort apparente !! Cela nous obsède, cela nous rend anxieuse et sectaires vis à vis de celles qui s'autorise à faire confiance à la physiologie si peu enseignée dans les formations !! Oui, il faut être une clinicienne qui excelle pour lever un certain nombre de peurs et d'idée noires. Quel destin les couples sont ils près à supporter dans un monde de la perfection, dans une génération qui consacre plus de temps à ses loisirs qu'à l'idée de la famille. 30 ans pour faire le premier enfant, la peur du ratage qui fait reculer et l'IVG inscrite dans un coin de mémoire ne rendent pas les choses faciles. PMA et commerces autour de l'enfant roi rendent encore nos missions plus complexes. Aucun échec toléré, on veut du risque ZERO !

**Quel est le style du CAPI** Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles qui sera pondu pour notre profession exercée en libérale ? Une part rémunérée pour les missions de prévention, contraception suivi gynécologie des femmes, une part à l'acte mais pour nous, si il y a des performances à accomplir sur quel niveau de prévention peut on les évaluer ? La TAA ne convient pas, seul le NON acte et la TANA nous concerne.

C'est ce NE PAS FAIRE QUI PEUT SE COMPTER, un ne pas faire doublé d'un oeil bienveillant et d'une capacité d'adaptation à tout évènement inattendu, mais :

NE PAS FAIRE D EPISIOTOMIE

NE PAS FAIRE D INTRUSION DANS L INTIME DE CETTE FEMME

NE PAS FAIRE D OMBRE AU COUPLE

NE PAS SEPARER LA MERE ET L ENFANT,

NE PAS PERMETTRE UNE CESARIENNE pour immobilité maternelle

NE PAS PERMETTRE UN FORCEPS pour impatience médicale

NE PAS FAIRE SANS LE PERE DEVANT UNE PATHOLOGIE

NE PAS FAIRE SA MAUVAISE TETE SI AUTONOME ELLE N A PLUS BESOIN DE SAGE FEMME !

A moins qu'on ne continue à considérer notre profession comme para médicale, qui bénéficiera d'un glissement de tâche sur évaluation du médecin en début de grossesse, ce qui révolte la plupart d'entre nous mais reste le sujet de discussion de notre statut dans la fonction publique : le cul entre deux chaises si vous me permettez. Notre spécificité française profession médicale doit être préservée !

Les dernières décisions législatives semblaient se prévaloir de notre autonomie, mais c'est sans compter sur les paroles fratricides des syndicats de médecins et spécialistes. Après l'Urologue qui pense que l'accouchement qui se passe dans la voiture et rapidement c'est du « normal, depuis la nuit des temps on accouche dans son carrosse ! » Voilà venu le gynécologue ou le kinésithérapeute qui voit son activité de suivi se faire aspirer par une sage femme, et qui s'affole de notre incompetence. Voudront-ils des sages femmes dans les Maisons de Santé territoriales qui accueillerons les surveillances de prévention ?

Aucune femme n'abandonne son gynécologue si le suivi est sérieux, attentif, et régulé par des honoraires respectueux. Dans l'autre cas le libre choix restant un avantage du système, on quitte plus facilement un obstétricien pressé pour une sage femme disponible et humaine. Plutôt qu'un kinésithérapeute aux pratiques plus intrusives pour faire sa rééducation périnéale on revoit la sage femme en post partum qui sait englober la prise en compte du psychisme et recevoir les confidences d'une mère dont la part de féminité a été ébréchée par les atteintes que sont corps subit et l'amour qu'elle porte à son enfant.

La femme choisit et le transfert sur un professionnel humain et rassurant, disponible et respectueux ne se décrète pas, il se mérite au prix d'une remise en cause continu pendant toute la carrière professionnelle.

Verrons nous enfin notre profession s'arracher au dictât des médecins ?

Quelle responsabilité prenons nous individuellement pour défendre la profession ?

Engagée chacune dans notre travail prenant avec les patientes, avons nous le temps de réaliser qu'autour de nous des projets se dessinent pour l'avenir de la profession qui vont modifier le paysage de nos activités.

Après le plan de périnatalité 2004-2007, nous avons été bercée par l'humanité et l'entretien prénatal précoce qui est venu reconnaître enfin un temps pour l'écoute des couples. Beaucoup d'entre nous avaient déjà pris du temps pour cela avant qu'enfin nos représentantes professionnelles soutiennent le projet de Françoise Molénat optant pour la valorisation de ce temps. Mais il y avait derrière le triage des patientes par l'outil informatique. Oui c'est heureux que nombre d'entre nous se soient élevées pour refuser la stigmatisation comportementale de tel ou tel problème. Mais quand l'évaluation se fait à partir du symptôme, quand tu es obligé de justifier le temps que tu passes par une case : mineure, précaire ou CMU, obèse, anorexique que reste t-il de la part humaine de la personne ?

Beaucoup d'entre nous n'ont pas rempli le carnet de santé à la sortie de l'entretien de peur de stigmatiser une situation. Il s'agit de **veiller sur la patiente** et non pas de la surveiller. De se faire partenaire avec son consentement pour proposer au staff, une aide possible.

Comment rendre compte de la finesse d'une rencontre ?

Quel partenariat organiser au sein des équipes sur un territoire ?

Comment l'ARS peut elle inciter à plus d'attention individualisée dans un suivi pré et post natal au sortir de la maternité ?

**Peut-être en instaurant un PACK suivi pré et post natal, en relevant ce projet d'une référente pour chacune pour sa grossesse.**

Je vous remercie de l'attention que vous porterez à ce document support d'une réflexion qui préparait cette rencontre, qui a davantage pris le ton d'une conversation très enthousiaste que celui d'un exposé plus rébarbatif.

Martine Desmares

Décembre 2010