

À Zweisimmen, les sages-femmes gèrent une maternité en coopérative



Après la fermeture de la maternité de Zweisimmen (Suisse allemande) en 2015, les citoyens ont créé une coopérative sur le modèle des maisons de naissance pour éviter aux femmes d'accoucher à des heures de route. Cette initiative singulière permet de lutter contre la désertification médicale et de proposer une gouvernance alternative dans le domaine de la santé.

Photo : La maternité Alpine est située dans une maison à Zweisimmen, à quelques minutes de l'hôpital. Elle est ouverte 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pour répondre aux besoins des parents de ce territoire rural.

Accoucher à plusieurs heures de route, voilà à quoi étaient condamnées les habitantes des vallées entourant Zweisimmen en Suisse. Entre le Simmental et le Saaneland, ce territoire rural et agricole où l'on trouve également quelques stations de ski, a perdu sa maternité en 2015. Une décision qui venait aggraver la situation de ce désert médical et gynécologique. Anne Speiser, élue du canton de Berne, se souvient de ces moments difficiles et du sentiment d'urgence qui a saisi les citoyens et citoyennes : « *Très vite, nous avons décidé de créer une alternative* », explique-t-elle. En 2017, la maternité Alpine était née, sur le modèle des maisons de naissance, mais avec une gouvernance partagée en coopérative. Une innovation peu commune dans le domaine de la santé que l'on doit à la culture locale : « *Le territoire est habitué à créer des coopératives agricoles, montagnardes, pour faire du fromage ou gérer les routes* », donne en exemple l'élue, également présidente de la structure.

En sept ans, près de 400 bébés sont nés dans la grande maison en bois, en forme de chalet où se trouve la maternité Alpine. Susanne Reber, sage-femme en chef est arrivée en 2020. Passionnée par son métier, elle en avait perdu le sens en travaillant dans un grand hôpital au centre du pays : « *Ici le focus est sur l'accouchement physiologique, c'était nouveau, je n'avais jamais travaillé dans ce type de structure* », précise-t-elle. 75 % des sages-femmes qui travaillent à la maternité Alpine viennent de grandes villes. Beaucoup habitent à Berne, située à plus d'une heure et résident dans un appartement partagé lors de leurs gardes à Zweisimmen. Ce succès de recrutement s'explique par une forte solidarité entre collègues et un management bienveillant. Les sages-femmes y ont aussi une grande autonomie et une pluralité de tâches, moins possibles dans certains centres hospitaliers. Elles reprennent leur rôle d'accompagnement du début de la grossesse jusqu'au suivi postpartum : « *Nous avons plus de responsabilités. Quand on vient du milieu hospitalier, c'est une sorte d'étape pour nous les sages-femmes, mais une fois qu'on prend cette responsabilité, c'est gratifiant et on peut mettre en pratique plus de compétences acquises dans nos formations* », détaille Susanne. « *Ici, les femmes viennent parce qu'il n'y a rien d'autre, donc on est loin des choix possibles en ville entre l'hôpital et la maison de naissance, entre l'accouchement physiologique ou médicalisé. Notre rôle est de leur donner toutes les informations dont elles ont besoin.* »¹

Un lien de proximité

Au centre-ville, Denise Schranz gare sa voiture et sort son matériel. Sage-femme au sein de la coopérative, la trentenaire fait ce matin-là sa tournée de contrôles postpartum. Tania lui ouvre la porte.

(1) La maternité Alpine ne prend pas en charge les grossesses à risques.



Anne Speiser, députée du canton de Berne et présidente de la coopérative dans la chambre de naissance.



Susanne Reber, sage-femme en chef de la maternité Alpine





Vue de Zweisimmen, 3000 habitants, où la maternité a fermé en 2015.

La jeune femme a accouché il y a quelques semaines de son premier enfant Emma-Sofia. « Chaque accouchement et chaque enfant est différent, mais notre façon de travailler donne des bases solides pour construire une relation de confiance », explique Denise. « Ce suivi à chaque étape permet un lien de proximité ». Assise sur le canapé de Tania, Denise remplit son formulaire de contrôle postpartum sur sa tablette. Elle donne également des informations à la jeune maman pour la suite. La maternité propose un tel suivi jusqu'à 56 jours après la naissance et reste à disposition par téléphone ou au sein de ses locaux 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Cette proximité, fer de lance de la maternité Alpine est justement en train de disparaître dans de nombreux territoires : on comptait 462 maternités en France en 2022 contre 721 en 2000 et 86 en Suisse en 2017 contre 96 en 2012². L'Académie de médecine française a recommandé en 2023 de fermer les maternités de l'Hexagone pratiquant moins de 1000 accouchements par an³ (actuellement le quota minimum est de 300) afin de permettre « une plus grande sécurité aux femmes ». La cour des comptes⁴ a appuyé cette politique en recommandant en mai 2024 de « conduire au niveau régional une revue périodique de l'activité » des maternités pratiquant moins de 1000 accouchement par an et d'interroger « l'opportunité et les conditions de la poursuite de leur activité ». « Les raisons des fermetures sont toujours économiques », soupire Anne Speiser. « Et en général les décideurs se cachent derrière d'autres raisons comme la qualité

de la prise en charge. Mais si une femme accouche dans des territoires sans maternité, qu'est-ce qu'on fait ? »

Coûts, difficultés de recrutement et manque de moyens pour la prise en charge sont souvent les raisons qui poussent les décideurs à fermer les maternités. Rarement évoquée, la proximité est pourtant un enjeu majeur pour la santé des femmes et des nouveau-nés, comme on peut le lire dans un article universitaire publié dans *Obstet gynecol*⁵, une revue américaine, en 2022 : « Les distances les plus longues jusqu'aux maternités sont associées à un risque accru d'effets indésirables chez la mère et d'admission en unité néonatale ». Les accouchements au bord de la route font aussi partie des risques engendrés par la disparition des maternités de proximité : en France, depuis 2016, une cinquantaine de femmes vivant à plus de 30 minutes d'une maternité ont accouché dans leur voiture⁶.

(5) Minion SC, Krans EE, Brooks MM, Mendez DD, Haggerty CL. Association of Driving Distance to Maternity Hospitals and Maternal and Perinatal Outcomes. *Obstet Gynecol*. Novembre 2022.

(6) Selon nos calculs.

Denise Schranz, sage-femme à la maternité Alpine en consultation post-partum.



(2) On compte également neuf maisons de naissances, gérées par des sages-femmes en France et 24 en Suisse.

(3) Rapport de la mission d'information relative à l'avenir de la santé périnatale et son organisation territoriale, publication en septembre 2024.

(4) Académie de médecine, planification d'une politique en matière de périnatalité en France : Organiser la continuité des soins est une nécessité et une urgence, février 2023 / Cour des comptes, politique de périnatalité, des résultats sanitaires médiocres, une mobilisation à amplifier, publication en mai 2024.

Une gouvernance partagée

Dans la salle d'accouchement de la maternité Alpine, qui a été un temps un salon, on trouve un lit et une baignoire. Le four présent dans la pièce n'est plus utilisé et sert de stockage à des serviettes et du linge. Denise est sur l'ordinateur, elle note les rendez-vous, répond au téléphone. D'autres sages-femmes arrivent pour prendre la relève de sa garde. Elles sont dix à travailler dans la structure, mais la gouvernance est gérée par les adhérents à la coopérative, ce qui évite un trop grand pouvoir à une seule personne : « On ne voulait pas de société anonyme, pour éviter à tout prix que quelqu'un ait le pouvoir », détaille Anne Speiser. « C'est ce qui se passe dans certains hôpitaux⁷. Avec la coopérative, ce qui est bien, c'est que chacun a les mêmes droits ». Le modèle économique se fonde sur le remboursement des actes et prestations médicaux, mais aussi l'achat de parts, la contribution des instances locales, de fondations ou encore les dons de particuliers financiers ou en nature : « Le grand-père d'un bébé né ici gérait une société de taxi. À sa retraite, il nous a donné une voiture pour la maternité », raconte Susanne.

Avec un coût de fonctionnement de 400 000 francs et seulement 50 naissances, la structure a connu des déficits réguliers : « Idéalement, il nous faudrait 60-70 naissances par an », souligne Anne Speiser. D'autant que les sages-femmes parcourent environ 14 000 kilomètres par an pour les visites à domicile.

Un modèle à répliquer ?

A plusieurs centaines de kilomètres de là, au cœur des Cévennes, la petite ville de Ganges subit la fermeture temporaire⁸ de sa maternité depuis 2022. Dans cette vallée cévenole, entre l'Hérault et le Gard, plusieurs femmes ont accouché ou failli accoucher sur le bord de la route ces derniers mois. Un traumatisme important pour de jeunes parents, souvent venus y chercher un havre de paix, en cohérence avec leurs valeurs. Dans le local associatif De l'autre côté, le collectif Maternité à défendre se réunit régulièrement pour discuter des prochaines actions à mener afin d'alerter les pouvoirs publics de ce qui se passe dans l'arrière-pays. Élus, citoyens, associatifs, tous s'accordent à dire qu'il faut trouver une solution pour les femmes. D'ailleurs, la promesse de la réouverture d'une maternité en 2026, quand la nouvelle clinique sera construite, ne rassure pas forcément les habitantes. « La coopérative est une piste assez lourde, mais qui a été évoquée », indiquent les membres du collectif prêts à « racheter leur maternité en SCIC » s'il y a besoin. Ils s'appuient d'ailleurs sur le modèle de la maternité Alpine, dont ils ont entendu parler.

(7) En Suisse la gestion des hôpitaux est un mix entre privé et public.

(8) En décembre 2022, la maternité de Ganges a fermé. Une nouvelle clinique devrait être construite à l'horizon 2026, avec une maternité en son sein, selon la direction et l'ARS.



La maternité Alpine est située dans une maison à Zweisimmen, à quelques minutes de l'hôpital

Mais est-ce si simple que cela de lancer ce genre de projet ?

« Présentes dans de nombreux secteurs économiques, les coopératives sont curieusement absentes du champ de la santé en France et de manière très variable dans le reste du monde », peut-on lire dans un article universitaire écrit par Laëtitia Lethielleux, Maryline Thénot et Xavier Deroy⁹. L'étude des trois chercheurs porte sur un des seuls modèles de coopérative de santé de France : Calme, un réseau de cliniques pour lutter contre l'alcoolisme et autres addictions. « Par son mode de fonctionnement et de gouvernance, le modèle coopératif restitue aux praticiens comme aux usagers une place qui favorise la qualité de leur relation pour un "soigner autrement". Si la reconnaissance de l'efficacité de ce modèle reste encore dépendante des contextes, ses résultats partiels militent en faveur d'une diffusion élargie, alternative possible pour la création d'un nouveau sentier », indiquent les chercheurs. Toutefois, le modèle juridique et économique n'est pas toujours adapté au secteur de la santé désormais financiarisé : dans un rapport de 2021, l'Inspection générale des finances publiques rappelait qu'une ordonnance de janvier 2018 permet aux centres de santé de se constituer en SCIC. Mais « l'application de la taxe sur les salaires¹⁰ » relative à ce statut pose toujours un frein dans la transformation des centres de santé en SCIC.

« L'économie est fragile », admet de son côté Anne Speiser. En 2021, un crowdfunding a été lancé pour sauver la maternité Alpine. Dans la vallée Suisse, la question a dépassé le simple fait que les femmes accouchent à plusieurs heures, il s'agissait avant tout de protéger une structure construite par les habitants, pour les habitants.

Un empowerment communautaire

Dans sa recherche sur la coopérative de santé de la Beauce-Centre, au Canada, la chercheuse québécoise¹¹ Sabrina Tremblay parle d'« empowerment communautaire » pour ces ruralités où les populations se sont

(9) Les coopératives de santé : un nouveau sentier dans l'organisation des soins ? *Revue Management & Avenir*.

(10) La taxe sur les salaires est due par les employeurs non assujettis à la TVA ou assujettis sur moins de 90 % du chiffre d'affaires.

(11) Un projet de développement local en santé : le cas de la MRC Robert-Cliche et de sa coopérative de santé, ou comment une communauté en difficulté peut s'engager dans un processus d'empowerment. *Revue Organisations & Territoires*.

emparées de leurs problèmes de désert médicaux et les ont résolus : « *En termes de résultats concrets, la coopérative a agi directement quant au problème d'accès à des services de santé qui s'est atténué de façon très importante pour ne devenir qu'un bruit de fond pareil à ce qui est ressenti un peu partout dans la province. De façon plus large cependant, la coopérative est devenue une nouvelle compétence collective* », résume-t-elle.

A Zweisimmen, les femmes sont désormais en sécurité,

d'autant qu'un travail en lien avec l'hôpital a été fait. La qualité de la prise en charge effectuée par la maternité Alpine s'inscrit également dans cette notion de « compétence collective » : « *C'est la preuve que si on veut réaliser quelque chose et qu'on a un but commun, on peut y arriver* », souligne Anne Speiser. « *Il faut des gens engagés, qui portent cette vision en eux, la vision d'une entraide sociale et collective.* »

■ Élodie Potente

Trois questions à Sabrina Tremblay sur les coopératives de santé

Sabrina Tremblay est professeure agrégée au département des sciences humaines et sociales de l'UQAC, à Chicoutimi au Québec. Elle est aussi responsable de l'Observatoire sur l'aménagement et le développement durable des territoires de l'UQAC. Durant trois ans, elle s'est penchée sur la coopérative de santé Robert-Cliche dans la région de la Beauce-Centre au Québec.

Pourquoi avez-vous choisi d'étudier cette coopérative de santé ?

Sabrina Tremblay : Au moment où je démarrais cette recherche, la coopérative venait de démarrer et elle était particulièrement innovante par rapport à d'autres qui existaient au Québec. Elle desservait la municipalité régionale de comté Robert-Cliche (équivalent aux intercommunalités en France, ndlr), ce qui créait des défis logistiques par rapport à son échelle. Au Québec, les effectifs médicaux sont concentrés dans les grands centres urbains, au détriment des petites municipalités. Quand on regarde les données de santé pour les habitants des territoires les plus ruraux, on s'aperçoit qu'ils sont vieillissants et qu'il y a une prévalence de certaines maladies.

Les coopératives de santé sont-elles innovantes ?

Sabrina Tremblay : Les coopératives de santé sont des innovations. Au Québec, les premières sont nées au tournant des années 2000. Des municipalités ont décidé de se prendre en main, de mettre en valeur leur territoire pour être plus attirantes pour les soignants. Les coopératives regroupent à la fois des producteurs de services, en l'occurrence ici les médecins, des travailleurs, le personnel administratif et des usagers de services. Les trois ensemble permettent une action collective pour les besoins de la communauté.

Un médecin m'avait dit lors des entretiens que les problèmes des usagers ne changeaient pas, peu importe le territoire, mais que l'équipe de travail était importante pour exercer en proximité. Beaucoup de chercheurs se sont intéressés à ce qui poussait les gens à vivre dans ces communautés rurales et ce qui en ressort, c'est de prendre soin des autres.

Quand les ressources en santé disparaissent, la communauté échoue à prendre soin de ses membres et cela pousse des gens à partir. Dans le cas de ma recherche, on peut voir que le territoire a réacquis cette compétence-là.

Le modèle est-il duplicable et quels freins avez-vous identifiés dans la création de coopératives de santé ?

Sabrina Tremblay : C'est compliqué parce qu'une coopérative reste une entreprise privée, alors beaucoup associent ça à la privatisation des services de santé. C'est pour cela qu'il y a beaucoup de freins et il faut s'interroger là-dessus. Les services de santé offerts doivent demeurer accessibles à tous et toutes, même ceux qui ne sont pas membres de la coopérative. Pour garder leur capacité à générer des revenus, les coopératives développent parfois d'autres services de santé spécifiques. 95 % des adhérents ont continué à payer leur cotisation à la coopérative que j'ai étudiée pour la maintenir en place, mais finalement ça veut dire que c'est cette population-là qui doit maintenir son service et ça crée une inégalité de santé.

Ça peut être répliquable s'il y a un modèle suffisamment souple, comme le sont la plupart des coopératives de santé au Québec. En Italie, il y a des coopératives sociales. Je pense que le modèle de la maternité Alpine peut convenir aussi et être répliqué. Mais au niveau économique, c'est compliqué, car au démarrage, il faut du financement. Il y a toujours la question aussi des leaders de projet ou porteurs de projet. Il faut des gens qui sont excessivement dynamiques pour faire ce type de projet là parce qu'on joue avec plusieurs secteurs, plusieurs cadres législatifs.

■ Propos recueillis par Élodie Potente