

Les réflexions d'une sage-femme belge, de formation anglaise et travaillant en Grande Bretagne, à propos de ses collègues françaises

Le choc culturel est toujours une excellente occasion de se poser des questions sur ce que l'on fait et sur ce que l'on croit savoir. Je suis plus près de la retraite que de l'année de ma qualification de sage-femme, et j'ai eu la chance énorme de faire ma formation en Angleterre, mais aussi d'avoir travaillé pendant quatre ans en Belgique, d'avoir participé aux travaux de l'Association des sages-femmes européennes (European Midwives Association - EMA) depuis près de vingt ans, et d'avoir participé à des projets de recherche et des conférences de sages-femmes dans un bon nombre de pays européens.

J'ai souvent été **étonnée** par ce que j'ai entendu en France. Pour une sage-femme de formation britannique qui n'a que le statut de sage-femme, **tout simplement, je m'interroge sur** ce que ce « statut médical » signifie et, plus important sans doute, apporte à la sage-femme française. La lecture des textes repris par le site du Conseil national de l'Ordre des Sages-Femmes Françaises me laisse aussi quelque peu perplexe : « Profession médicale, l'indépendance de la sage-femme ne doit donc jamais être contestée ». Ceci laisse **entendre** que l'indépendance de tout professionnel médical ne devrait **donc**, par définition, jamais être contestée. Mais la définition d'une profession implique un certain nombre de privilèges, y compris celui de faire des **actes** que la loi ou la moralité désapprouverait dans d'autres circonstances. Manier le scalpel ou pratiquer un toucher vaginal par une personne non autorisée sont des actes passibles de poursuites judiciaires. Mais ces deux activités sont permises au chirurgien et à la sage-femme parce que, bien qu'étant des activités qui à première vue, pourraient être néfastes à un individu, elles sont jugées bénéfiques dans le contexte professionnel. Mais à condition uniquement que les professionnels puissent défendre leur pratique comme étant basée sur des connaissances et évidences qu'ils **doivent** maintenir à jour.

La sage-femme française est-elle indépendante ? La réalité ne le démontre pas toujours. Alors à quoi sert ce statut médical ? Il semble que l'idée elle-même sert de refrain, mais n'apporte pas vraiment un avantage **qu'envieraient** les autres sages-femmes européennes. La sage-femme britannique n'a pas de statut médical, mais elle a accès à une association professionnelle **forte** - le Royal College of Midwives - **et sa pratique est soumise à une autorité statutaire - le Nursing and Midwifery Council. En pratique, pour tout ce qui concerne les sages-femmes**, ce sont exclusivement des sages-femmes qui prennent les décisions nécessaires, et il en est de même pour les infirmières. Dans ce contexte, un code de déontologie et une procédure disciplinaire sont communs aux deux professions. Contrairement au code de déontologie très détaillé des sages-femmes françaises, le code britannique n'émet que quelques principes fondamentaux qui pourraient, en fait, être valables pour pratiquement toutes les professions de la santé.

La profession de sage-femme est indépendante en Grande Bretagne parce que son éducation, sa régularisation, son système d'admission et de discipline sont indépendants. De plus, un corps non négligeable de connaissances déterminées par des études entreprises par des sages-femmes apporte des connaissances essentiellement « sage-femme » à la profession, et un corps de connaissances spécifiques est une autre caractéristique d'une profession.

La sage-femme française est, à mon avis, encore loin d'être indépendante et la présence du « directeur technique » le démontre amplement. En 2006, la sage-femme française **ne serait** pas encore à même de diriger la formation de ses étudiantes ? Avouons que c'est un paradoxe ! La dominance médicale n'est pas restreinte aux maternités et aux écoles. J'ai assisté à plusieurs congrès de sages-femmes où les sages-femmes avaient assuré toute la préparation, mais où pratiquement toutes les sessions étaient présidées par un médecin. Je n'ai jamais vu ça en Grande Bretagne Si la sage-femme française veut se réclamer comme appartenant à une profession indépendante, il est temps qu'elle exige son indépendance, et ce dans le cadre d'un statut de sage-femme, pour éviter tout équivoque.

La sage-femme française a une formation théorique poussée, mais ceci n'a pas encore donné le jour à un noyau de « recherche sage-femme » spécifique. Les étudiantes font leur mémoire, mais ce sont des travaux d'étudiantes, souvent approuvés par le « directeur technique » ou autre obstétricien, même **s'il est** supervisé **par** une sage-femme enseignante. Les étudiantes n'ont pas l'expérience clinique et le recul qui leur permettent de poser les questions les plus pertinentes pour la profession. Où est le noyau de connaissances essentiellement sage-femme qui soutient la pratique professionnelle de la sage-femme en France ? Où est ce corps constitué de connaissances qui définit une profession ? Où sont les réponses spécifiques aux questions que les sages-femmes se posent sur leur pratique professionnelle ? La pratique de la sage-femme a changé de façon radicale ces dernières années, mais la pratique de la sage-femme française est plus médicalisée que celle des sages-femmes de beaucoup d'autres pays européens (Mead et al, 2006). Bien que certaines pratiques aient été remises en question dans la littérature : toucher vaginal à chaque consultation prénatale, accouchement systématique en milieu hospitalier, ultrasons à répétition, monitoring fœtal en continu pendant le travail, jeûne pendant le travail, péridurale, elles restent très courantes en France.

L'accès à la profession en France est difficile : exigence du niveau d'études secondaires, numerus clausus, et depuis quelques années l'année de préparation commune aux sages-femmes, médecins et dentistes, et maintenant pharmaciens (**PCEM 1**). Les problèmes des candidates **pour l'accès à** la profession sont tels que bon nombre **d'entre elles** ont décidé de faire leurs études en Belgique où, dans certaines écoles, plus de 80% des étudiantes sont françaises. Ceci a bien sûr entraîné des difficultés pour les écoles : difficultés de trouver des sites de stage et difficultés de supervision par les professeurs. On en est alors arrivé à la situation pour le moins étonnante d'avoir des sages-femmes professeurs belges qui ont accepté d'avoir des étudiantes françaises faisant leurs études en Belgique, mais avec certains stages faits en France, où leurs professeurs n'ont pas le droit de pratiquer sans être inscrites au Conseil de l'Ordre des Sages-Femmes Françaises. **D'autre part, les professeurs ne peuvent pas évaluer** si la pratique que les étudiantes rencontreront sur ces terrains de stage, est conforme aux principes qu'elles désirent inculquer. Ces étudiantes « franco-belges » seront alors être inscrites au Conseil de l'Ordre des Sages-Femmes, dans le cadre de la législation européenne sur la reconnaissance mutuelle de certaines professions, y compris celle de la sage-femme (voir Parlement européen et Conseil européen, 2005).

Récemment le rapport sur le cursus LMD (Licence, Maîtrise, Doctorat) (Thuillier, 2006) a suscité pas mal d'émotion chez les sages-femmes françaises qui estiment, sans doute sans avoir lu la Déclaration de Bologne (European Ministers of Education, 1999), que par le fait même d'avoir fait cinq ans d'études, elles auraient droit à une maîtrise à la sortie de leur formation initiale. N'oublions pas cependant que les Directives européennes sur la formation de la sage-femme sont extrêmement claires : un minimum de trois ans d'études spécifiques. Actuellement, la sage-femme qui suit sa formation en France doit suivre un cycle de cinq années d'études, mais dont quatre seulement sont spécifiques, le plus souvent en dehors du système universitaire.

Un autre sujet continue aussi de me préoccuper : le manque de représentation des sages-femmes françaises au niveau européen. La France n'a pas participé aux réunions de l'Association des sages-femmes européennes depuis au moins trois ans. Le nombre d'associations professionnelles multiples est sans doute un handicap sérieux.

Certains thèmes devraient être adressés pour que la sage-femme française ait enfin accès à un statut professionnel : l'accès à la formation, le statut du directeur technique, la recherche « sage-femme », le statut médical de la sage-femme, l'autorité reconnue du Conseil de l'Ordre et des associations professionnelles. Le niveau académique de la sage-femme française est tel que le développement d'un corps de connaissances spécifiques à la sage-femme française devrait se faire rapidement. **A mon avis**, c'est à ce prix que la sage-femme française pourra enfin revendiquer le titre de professionnelle indépendante et responsable.

European Ministers of Education (1999) The Bologna Declaration, accessed 2006(27 July), http://www.bologna-berlin2003.de/pdf/bologna_declaration.pdf.

Mead, M., et al. (2006) Midwives' perception of intrapartum risk in England, Belgium and France, *European Clinics in Obstetrics and Gynaecology*, **2**(2), 1-8.

Parlement européen and Conseil européen (2005) Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil relative a la reconnaissance des qualifications professionnelles, accessed 2005(Septembre), <http://register.consilium.eu.int/pdf/fr/05/st03/st03627.fr05.pdf>.

Thuillier, C. (2006) *Commission sur l'intégration des professions médicales et pharmaceutiques au cursus LMD*.

Marianne Mead

RGN RM Ecole des Cadres (Bruxelles) ADM MTD BA(OU) PhD

Reader in Midwifery

Health and Human Sciences Research Institute

University of Hertfordshire
College Lane
Hatfield
Herts. AL10 9AB
m.m.p.mead@herts.ac.uk