



Les Dossiers de la Maïeutique

www.dossiers-de-la-maieutique.fr

Les Dossiers de la Maïeutique (2014) 1(2), 43-49

Editorial

Marianne Mead

Introduction

Les Dossiers de la Maïeutique est une revue qui a pour but de publier des études entreprises par des sages-femmes ou autres professionnels intéressés par la santé maternelle et infantile. Le but de la dissémination de ces études est d'assurer que les professionnels ont accès à des données probantes afin de pouvoir justifier, développer et rendre compte de leur pratique.

Mon expérience de sage-femme a été pratiquement exclusivement en Grande Bretagne, avec quatre ans en Belgique de 1979 à 1983, ainsi qu'une expérience européenne relativement importante puisque j'ai participé aux travaux de l'Association des sages-femmes européennes (EMA - <http://www.europeanmidwives.eu/>) pendant environ 25 ans. Cette expérience m'a permis de voir comment l'éducation initiale et continue ainsi que la pratique de la sage-femme s'étaient développées depuis la signature des directives européennes sur la reconnaissance des diplômes (80/154/EEC) et la pratique de la sage-femme (80/155/EEC) en 1980, et leur mise en application en 1983. Ces directives ont depuis été mises à jour par l'adoption de la Directive 2005/36/CE (Parlement européen & Conseil européen, 2005).

La mise en application des directives européennes a varié entre les états membres de l'Union européenne (UE), et ce pour une multitude de raisons. Chaque pays développe sa législation propre selon, entre autres, son histoire, sa culture, son système de taxation et donc ses disponibilités financières, son organisation de l'enseignement scolaire et supérieure, son système de soins et les priorités sanitaires adoptées par les diverses autorités politiques, sociales et économiques. Ainsi, bien que la Directive européenne 2005/36/CE sur la reconnaissance des qualifications professionnelles soit le commun dénominateur pour tous les états membres de l'UE, il existe des différences qui sont parfois importantes.

Similarités et différences politiques et socio-culturelles entre la France, la Suède et le Royaume Uni

Il existe des différences importantes entre le niveau de recherche entreprise par les sages-femmes dans les divers pays de l'UE. Les deux pays qui ont le nombre le plus important de sages-femmes qui ont obtenu un doctorat sont la Suède et le Royaume Uni. Bien que la France ait des exigences importantes pour l'accès initial aux études de sages-femmes, le niveau d'activité de recherche reste très limité. On peut se poser la question de savoir pourquoi il existe de telles différences entre ces trois pays.

Il est utile d'explorer quelques similitudes et différences qui existent entre ces trois pays. Pour ce faire, deux sources ont été utilisées : The World Factbook (CIA, 2014) et la base de données de l'Organisation Mondiale de la Santé pour l'Europe (WHO Euro, 2014). Le Royaume Uni est le plus petit des trois pays en superficie, mais avec une population très semblable à celle de la France. Le pourcentage du Produit National Brut (PNB) destiné à la santé est semblable en Suède et au Royaume Uni, mais plus élevé en France. Le Royaume Uni a une proportion de médecins inférieure aux deux autres pays, et la France une proportion de lits d'hôpitaux bien plus importante (Tableau 1).

Il existe d'autres différences sociales et culturelles. Le taux de fertilité est un peu plus élevé en France que dans les deux autres pays, alors que l'âge moyen est plus élevé pour une première naissance au Royaume Uni. Le taux global d'avortement est plus élevé en Suède, et semblable pour la France et le Royaume Uni, mais quand on considère les femmes de moins de 20 ans, les variations sont bien plus importantes avec 3280 avortements pour 1000 naissances vivantes en Suède, 1766 en France et 918 au Royaume Uni. La mortalité périnatale est plus élevée en France, mais la mortalité infantile plus élevée au Royaume Uni. Les divers taux de mortalité maternelle et infantile sont meilleurs en Suède, avec aussi un taux de césarienne moins élevé et plus

Tableau 1 - Comparaison entre la France, la Suède et le Royaume Uni (partie 1)

Points de comparaison	France		Suède		Royaume Uni	
	Secteur privé important		Secteur privé important		Service National de la Santé, secteur privé limité, pratiquement inexistant pour la grossesse	
Statut	Profession médicale à compétence définie	Sage-femme	Profession médicale à compétence définie	Sage-femme	Sage-femme	Sage-femme
Nombres de sages-femmes	21.000 sages-femmes	7.500 sages-femmes	21.000 sages-femmes	7.500 sages-femmes	32.000 sages-femmes	32.000 sages-femmes
Autorité statutaire	Oui, mais 95 Conseils de l'Ordre départementaux	Oui, centralisé	Oui, mais 95 Conseils de l'Ordre départementaux	Oui, centralisé	Oui, centralisé	Oui, centralisé
Associations professionnelles	Pas d'évidence de conseil de discipline actif		Pas d'évidence de conseil de discipline actif		Conseil de discipline actif	Conseil de discipline actif
	Plus de 15 associations professionnelles, dont aucune n'est représentative de l'ensemble des sages-femmes exerçant en France. Pourcentage des sages-femmes membres d'associations est en-dessous de 50%.	Une association principale (Svenska Barmorskeförbundet) représentant 6000 des 7500 sages-femmes exerçant en Suède	Plus de 15 associations professionnelles, dont aucune n'est représentative de l'ensemble des sages-femmes exerçant en France. Pourcentage des sages-femmes membres d'associations est en-dessous de 50%.	Une association principale (Svenska Barmorskeförbundet) représentant 6000 des 7500 sages-femmes exerçant en Suède	Une association principale (Royal College of Midwives) représentant 32.000 des 40.000 sages-femmes exerçant au RU	Une association principale (Royal College of Midwives) représentant 32.000 des 40.000 sages-femmes exerçant au RU
Pratique clinique de la sage-femme	Secteur public et privé		Secteur public et privé			
Accès à l'éducation	Une seule possibilité : Baccalauréat + classement en rang utile à l'issue des épreuves organisées au cours de la première année commune aux études de santé (PACES)	Une seule possibilité : après qualification d'infirmière en soins généraux	Une seule possibilité : Baccalauréat + classement en rang utile à l'issue des épreuves organisées au cours de la première année commune aux études de santé (PACES)	Une seule possibilité : après qualification d'infirmière en soins généraux	Deux possibilités : 1. accès à l'université 2. après qualification d'infirmière en soins généraux	Deux possibilités : 1. accès à l'université 2. après qualification d'infirmière en soins généraux
Durée de l'éducation	Quatre années, divisées en deux fois deux ans	Trois ans - infirmière en soins généraux, plus 18 mois d'études de sage-femme	Quatre années, divisées en deux fois deux ans	Trois ans - infirmière en soins généraux, plus 18 mois d'études de sage-femme	1. trois ans (entrée directe) 2. 18 mois (si infirmière en soins généraux)	1. trois ans (entrée directe) 2. 18 mois (si infirmière en soins généraux)
Qualification	Premier cycle (2 ans) - diplôme de formation générale en sciences maïeutique (n'autorise pas l'enregistrement au Conseil de l'ordre et la pratique de sage-femme)	Licence universitaire	Premier cycle (2 ans) - diplôme de formation générale en sciences maïeutique (n'autorise pas l'enregistrement au Conseil de l'ordre et la pratique de sage-femme)	Licence universitaire	Licence universitaire	Licence universitaire
Enseignants	Majoritairement employés par les écoles de sages-femmes au sein des hôpitaux. Une seule faculté de maïeutique au sein d'une université.	Enseignants universitaires dans des départements de maïeutique	Majoritairement employés par les écoles de sages-femmes au sein des hôpitaux. Une seule faculté de maïeutique au sein d'une université.	Enseignants universitaires dans des départements de maïeutique	Enseignants universitaires dans des départements de maïeutique	Enseignants universitaires dans des départements de maïeutique
Formation des enseignants	PNP - Université de Bourgogne, mais pas de filière enseignement spécifique.	Préparation spécifique pour enseignants	PNP - Université de Bourgogne, mais pas de filière enseignement spécifique.	Préparation spécifique pour enseignants	Préparation spécifique et obligatoire pour enseignants dans toutes les universités	Préparation spécifique et obligatoire pour enseignants dans toutes les universités
Enseignants universitaires	Accès très restreint	Accès ouvert par formation complémentaire, supervision et recherche	Accès très restreint	Accès ouvert par formation complémentaire, supervision et recherche	Accès ouvert par formation complémentaire, supervision et recherche	Accès ouvert par formation complémentaire, supervision et recherche
Formation continue	Très restreinte - pas de filières universitaires propres à la maïeutique.	Très large éventail de possibilités, allant de DU, à Masters à doctorat. Filières maïeutique.	Très restreinte - pas de filières universitaires propres à la maïeutique.	Très large éventail de possibilités, allant de DU, à Masters à doctorat. Filières maïeutique.	Très large éventail de possibilités, allant de DU, à Masters à doctorat. Filières maïeutique.	Très large éventail de possibilités, allant de DU, à Masters à doctorat. Filières maïeutique.
Autonomie professionnelle	Limitée, avec un contrôle médical important	Autonome	Limitée, avec un contrôle médical important	Autonome	Autonome	Autonome

Tableau 1 - Comparaison entre la France, la Suède et le Royaume Uni (partie 2)

Points de comparaison	France	Suède	Royaume Uni
Recherche en maieutique	Très limitée, pas de filières universitaires	Très active, avec professeurs de maieutique au sein des universités	Très active, avec professeurs de maieutique au sein des universités
Publications de sages-femmes dans revues scientifiques	Pratiquement inexistant	Nombreuses, depuis plus de 25 ans	Nombreuses, depuis plus de 25 ans
Filière universitaire de maieutique	Pratiquement inexistante	Normale	Normale
Sages-femmes responsables de la formation initiale	Directeur technique - obstétricien	Oui	Oui
Sages-femmes responsables de la formation continue	Très limité	Oui	Oui
Accès facile aux publications scientifiques	Oui, mais barrière de langue	Oui	Oui
Soumissions aux revues scientifiques	Très limitées; large proportion de soumissions de mémoires de fin d'études	Importantes; par sages-femmes qualifiées en cours de Masters ou doctorat	Importantes; par sages-femmes qualifiées en cours de Masters ou doctorat
Responsabilité pour la recherche	Semble la responsabilité des étudiants	Exclusivement la responsabilité des sages-femmes qualifiées	Exclusivement la responsabilité des sages-femmes qualifiées
Relations syndicales	Associations professionnelles et syndicales actives; longues périodes de grève	Association nationale	RCM - organisation professionnelle et syndicale
Représentation officielle	Trop d'associations et pas assez de représentation	Une association nationale	Une association nationale
Autonomie professionnelle	Statut médical, mais manque évident d'autonomie - éducation, pratique et recherche	Autonomie pour éducation, pratique et recherche	Autonomie pour éducation, pratique et recherche
Collaboration professionnelle	Manque d'unité et de collaboration professionnelle et interprofessionnelle	Tradition de collaboration effective avec autres professionnels de la santé	Tradition de collaboration effective avec autres professionnels de la santé
Niveau académique de la profession	Niveau reste bas après les études initiales - pas d'accès à des filières universitaires de maieutique. Epidémiologie et Santé Publice restent les filières disponibles, mais ceci est très limité.	Niveau élevé accessible par le biais de filières universitaires de maieutique et autres	Niveau élevé accessible par le biais de filières universitaires de maieutique et autres
Masters et Doctorat	Limité	Important	Important

proche des recommandations de l'OMS (World Health Organization, 1996). La Suède a aussi une proportion plus élevée de sages-femmes que le Royaume Uni qui, à son tour, a un taux plus important que la France (Tableau 2).

Les systèmes de santé diffèrent aussi. La Suède et le Royaume Uni ont des systèmes de santé publique financés par la taxation générale alors que la France a un système d'assurance sociale obligatoire. Un financement supplémentaire est possible par assurance privée volontaire dans les trois pays et un complément fiscal en France. En France, la coassurance est une autre forme de participation, par laquelle l'assuré prend à sa charge une fraction de toutes ses dépenses de santé dans une proportion fixée à l'avance. Bien que ces chiffres datent maintenant, la satisfaction du public vis-à-vis de leur système de santé révèle un niveau relativement élevé en France et en Suède, mais bien moindre au Royaume Uni avec des taux d'insatisfaction respectifs de 14,6%, 14,2% et 40,9% (European Parliament, 1998).

Ce qui précède ne présente qu'une information très limitée, mais donne cependant une impression des similitudes et des différences qui peuvent exister entre ces trois pays, tous trois états membres de l'UE et donc signataires de la directive européenne sur l'éducation et la pratique de la sage-femme. Ceci veut dire, en pratique, qu'une sage-femme éduquée dans n'importe quel état membre de l'UE a le droit d'être enregistrée au conseil de l'ordre d'un autre état membre et donc de pratiquer dans cet autre état membre, bien que ce droit d'établissement ne veuille pas nécessairement dire droit à l'emploi. Les employeurs désireront certainement que les sages-femmes puissent parler la langue locale afin de garantir une bonne communication entre les femmes, sages-femmes et tout autre professionnel de santé avec qui il pourrait être utile ou nécessaire de communiquer.

Sage-femme - statut, éducation et pratique

La définition de la sage-femme par ICM identifie une profession spécifique et distincte (ICM, 2011), mais ceci n'est pas étonnant de la part d'une organisation internationale de sages-femmes. La directive européenne n'a pas de tels intérêts à défendre et elle fait pourtant une distinction tout aussi claire quand elle identifie les diverses professions qui ont fait l'objet de directives sectorielles avant d'être regroupées en une seule directive (Parlement européen & Conseil européen, 2005). Celle-ci identifie clairement plusieurs professions spécifiques et distinctes : infirmier responsable des soins généraux, praticien de l'art dentaire, vétérinaire, sage-femme, architecte, pharmacien et médecin.

Afin de faciliter le libre mouvement des biens et services, principe fondateur de l'UE, il était essentiel que l'éducation de ces différents professionnels ait un dénominateur minimum commun de formation et de pratique acceptable pour tous les états membres. Pour les sages-femmes, ceci fut négocié, puis signé en 1980 et opérationnel à partir de 1983. Les états qui sont devenus membres de l'UE ont dû adapter les études pour ces sept professions au fur et à mesure de leur adhésion.

Ainsi la directive européenne identifie la profession spécifique de la sage-femme, son éducation et sa pratique clinique. Elle n'est pas infirmière, ni infirmière spécialiste, ni médecin, ni autre profession de santé; elle n'est pas soumise à une autre profession de santé; elle est tout simplement sage-femme.

La définition internationale (ICM, 2011) stipule très clairement les compétences essentielles de la sage-femme. Elles devraient être acquises dans le

Tableau 2 - Quelques comparaisons entre Suède, France et Royaume Uni

	Suède	France	RU
Surface (km ²) ¹	450.295	643.801	243.610
Population ¹	9.723.809	66.259.012	63.742.977
Taux de fertilité ¹	1,88	2,08	1,90
Espérance de vie ¹	81,89	81,66	80,42
Age moyen premier accouchement ¹	28,60	28,60	30,00
Pourcentage du PNB destiné à la santé ¹	9,40	11,60	9,30
Médecins/1.000 habitants ¹	3,80	3,40	2,77
Lits d'hôpitaux/1.000 habitants ¹	2,70	6,60	3,00
Mortalité maternelle/100.000 naissances	2,59	8,48	4,95
Avortements/1.000 naissances vivantes ²	338,00	264,00	251,00
Avortements femmes <20 ans/1.000 naissances vivantes ²	1.766,00	3.280,00	918,00
Mort-nés/1.000 naissances ²	3,92	9,55	5,17
Mortalité périnatale/1.000 naissances vivantes ²	3,16	11,73	7,39
Mortalité infantile/1.000 naissances vivantes ¹	2,60	3,31	4,44
Césariennes/100 naissances vivantes ²	20,90	16,10	24,10
Sages-femmes/100.000 habitants ²	77,46	31,62	50,15

¹ Source - CIA

² Source WHO Euro

contexte de l'éducation initiale et maintenues par un développement continu, personnel et/ou organisé. Pour les «Connaissances de base» de la Compétence 1 sur le contexte social, épidémiologique et culturel, ces compétences comprennent entre autres

"les principes de recherche, les pratiques basées sur des données probantes, l'interprétation critique de la littérature professionnelle et l'interprétation des statistiques démographiques et des résultats de la recherche" (ICM, 2013),

ce qui se traduit en pratique par :

la sage-femme *"entretient/renouvelle ses connaissances et capacités techniques afin d'être à jour dans la pratique"* (ICM, 2013).

Ainsi donc, la sage-femme est reconnue comme appartenant à une profession distincte, avec son éducation initiale et continue propre, sa pratique distincte, son autonomie et son système de régulation. Et pourtant, il existe des différences importantes entre la France, la Suède et le Royaume Uni, et la France semble démontrer un retard important sur les deux autres états membres de l'UE. On peut se poser la question de savoir pourquoi ce retard existe, mais ceci est sans doute moins important que de savoir comment les sages-femmes françaises vont pouvoir combler ce retard.

Pour la sage-femme de formation britannique que je suis, il y a des particularités du système français qui surprennent et qui semblent paralyser leur profession à un moment où il serait impératif qu'elle avance pour rattraper le retard acquis.

Le Tableau 1 présente une comparaison brève d'une série d'aspects qui joue sans doute un rôle important dans le développement de la profession de sage-femme. Il est clair que les systèmes suédois et britannique ont fourni des opportunités que les sages-femmes de ces deux pays ont pu exploiter. Leurs collègues françaises semblent confrontées à des problèmes pratiques, professionnels, administratifs et politiques qui les empêchent d'atteindre leur potentiel. Malheureusement, les anciennes colonies françaises semblent avoir suivi le modèle du développement de la profession en France et accusent aussi un retard important sur leurs collègues anglophones.

Problèmes auxquels la sage-femme française doit faire face

Manque d'unité

Avant de pointer les autres du doigt comme étant les seuls responsables de nos problèmes, il est utile d'examiner

les problèmes qui sont certainement et entièrement la responsabilité des sages-femmes.

Le nombre d'associations et organisations professionnelles - treize au moins répertoriées sur le site du Collège, mais peut-être seize ou plus - est un problème important. De plus, le pourcentage de sages-femmes membres d'associations professionnelles est faible comparé à la Suède ou au Royaume Uni qui ont chacun une association qui regroupe plus de 90% des sages-femmes. Bien que l'on puisse comprendre que certaines sages-femmes désirent identifier certains centres d'intérêt de façon plus particulière, ce nombre d'associations démontre un manque de cohésion et d'unité, voire de confiance mutuelle. Cette panoplie d'associations permet aux pouvoirs publics, politiques et autres de dire qu'il n'y a pas de représentation crédible des sages-femmes et qu'il est impossible de savoir qui sera l'interlocuteur valable. Le résultat ne peut mener qu'à un manque d'indépendance, d'autonomie, d'accès aux décisions politiques, entre autres, ce qui est tout simplement catastrophique pour la sage-femme française.

Les priorités que se fixent les sages-femmes font sans doute aussi partie des problèmes qui leur rendent la vie bien difficile. Au moment où cet éditorial est en préparation, la grève des sages-femmes qui dure depuis plus de huit mois en France se poursuit, sans aucune évidence de gain important. Je vais ici me faire l'avocat du diable parce que la situation française me surprend et m'interpelle depuis de nombreuses années.

Le statut médical et la formation initiale

La législation française, comme la législation belge, néerlandaise et luxembourgeoise, reconnaît la sage-femme comme appartenant à une profession médicale à compétence définie. Ce n'est pas le cas dans les pays nordiques ou au Royaume Uni où elle a simplement le statut de sage-femme, ce qui a l'avantage d'être clair, net et précis.

La France exige un accès à la formation de sage-femme qui est bien plus élevé que dans les autres pays de l'UE, avec le baccalauréat, mais aussi une année de préparation aux études de santé. Ceci représente une épreuve académique et un coût important, mais sans évidence d'avantages particuliers pour la sage-femme française comparé à celles qui sont éduquées dans les autres états membres de l'UE. S'en suit alors quatre années de formation spécifique pour arriver à l'obtention du diplôme d'état. Le niveau académique est élevé, avec le mémoire de fin d'études qui semble être un test de passage pour les étudiants. Bien que ceci semble changer, trop souvent encore, ces mémoires traitent d'aspects qui n'ont rien à voir avec le rôle de la sage-femme, mais démontrent que des étudiants sont parfois utilisés comme accessoires de recherche par

certaines collègues. Quelques mémoires sont publiés dans des revues de sages-femmes, mais souvent ils sont relégués aux archives, bien que certaines études sont soumises et publiées par les superviseurs dans des revues scientifiques médicales. Le nom de l'étudiant n'est pas toujours identifié, ce qui démontre un manque de reconnaissance professionnelle de la sage-femme tout à fait inexcusable, voire malhonnête. Je n'ai jamais entendu parler de telles pratiques pendant ma carrière universitaire en Angleterre.

La sage-femme, le statut de praticien hospitalier, le premier recours

Pourquoi pas ? Ces revendications sont-elles essentielles ? On peut les comprendre, mais il serait important que la sage-femme française puisse démontrer, études à l'appui, que leur obtention constituerait un avantage pour les femmes, les finances publiques, et accessoirement leur groupe professionnel. Pour le moment, face aux intérêts de certains autres professionnels de santé plus unis et donc plus puissants, il ne me semble pas que la longue grève va voir ces revendications aboutir. Les Pays-Bas, la Suède et le Royaume Uni ont tous un système de santé national et reconnaissent l'importance de la sage-femme comme professionnel de premier recours pour toutes les grossesses normales. Le système de santé lui-même le permet parce que les aspects financiers priment et il est essentiel que les professionnels remplissent chacun le rôle entier pour lequel il a été formé. Ceci n'est pas encore le cas là où il y a un secteur privé important et de nombreux médecins spécialistes travaillent dans le secteur de soins primaires, alors que dans les autres pays cités, ces spécialistes n'y travaillent pas, étant exclusivement basé à niveau hospitalier. Les intérêts financiers de la médecine privée sont incompatibles avec les revendications compréhensibles des sages-femmes qui sont (1) trop divisées pour les faire valoir et (2) ne soumettent pas de données probantes pour démontrer l'avantage financier, mais surtout clinique, des services qu'elles pourraient prodiguer.

La formation continue, l'université et la recherche

La sage-femme française revendique l'accès à l'enseignement universitaire avec des filières de maïeutique spécifiques et autonomes. Il est tout simplement incroyable que ceci ne soit pas accepté depuis des années, comme c'est le cas dans les pays nordiques et au Royaume Uni. Sauf pour un nombre minuscule d'écoles de sages-femmes, les étudiants ont le statut universitaire, mais les enseignants sages-femmes sont employés par les hôpitaux, sans le statut d'enseignants universitaires. Cette situation est au moins paradoxale !

La législation française exige la formation continue pour les professionnels de santé, mais il n'existe pas de filière spécifique pour la sage-femme. Argumenter que la sage-femme peut accéder à une formation en santé publique/épidémiologie et que ceci suffit pose question. L'horizon du rôle de la sage-femme, tout comme celui du médecin ou autres professionnels de la santé, est bien plus large que celui qui peut être couvert par les approches de santé publique. Une profession est caractérisée par le développement de son corps de connaissances propres, même si celles-ci peuvent s'inspirer d'autres disciplines telles que biologie, sociologie, psychologie, épidémiologie, philosophie et autres (Moline, 1986). Ce corps de connaissances ne peut se développer que par le biais d'une réflexion qui permette de remettre en question les connaissances et pratiques, et de répondre à ces questions par des études ciblées, robustes et systématiques, c'est-à-dire par une recherche spécifique, en collaboration avec d'autres professionnels si nécessaire. Or, alors que le niveau académique requis pour l'entrée aux études de sages-femmes en France est un des plus élevés en Europe, il n'existe pas de filières recherche qui permettraient aux sages-femmes d'explorer les questions spécifiques à leur pratique.

Le manque d'accès à des filières spécifiques de maïeutique est un véritable frein au développement de la profession de la sage-femme française, et malheureusement aussi dans d'autres pays qui ont hérité du système légal et universitaire français. Ceci est d'autant plus désastreux qu'il est difficile de comprendre comment les universités ne voient pas un avantage évident à développer des formations complémentaires à niveau licence, maîtrise ou doctorat. Le principe du «bums on seats» ne semble pas avoir été compris en France. «Bums on seats» ou «postérieurs sur chaises» est pourtant simple à comprendre. L'éducation supérieure est une activité économique. Les universités vendent des programmes d'enseignement que leurs étudiants-clients achètent en contrepartie d'une inscription, payée par l'étudiant ou toute organisation qui désire améliorer le niveau de connaissance de son personnel. Les universités augmentent donc leur chiffre d'affaires si elles proposent des formations attrayantes aux clients potentiels. Le principe est simple, alors soit il n'a été compris soit il y a des personnes ou des groupes qui exercent assez d'autorité et de pouvoir pour empêcher un groupe professionnel de se développer et les universités de satisfaire ces besoins de développement. Seules les sages-femmes sont capables d'entreprendre de la recherche de maïeutique, bien que la collaboration avec d'autres groupes professionnels puissent souvent être utile. La collaboration professionnelle est enrichissante, mais le contrôle d'un groupe professionnel sur un autre est injustifié, contreproductif et malsain.

Les étudiants sages-femmes ne peuvent être investis de la responsabilité de développer les connaissances de la profession puisqu'ils ne peuvent pas avoir le niveau de réflexion professionnelle qui ne peut être atteint qu'après une pratique personnelle autonome et responsable qui

permet la remise en question des idées reçues. Il est donc essentiel que la sage-femme française qualifiée développe ses capacités de questionnement afin de répondre aux exigences présentes et futures des femmes et de leurs familles et ce, à tous les niveaux - individuel, professionnel, interprofessionnel, politique et économique.

L'accès au développement continu est tellement limité en France que la représentation de la sage-femme française est pratiquement inexistante au niveau international. Le manque de formation continue produit un déficit qui limite considérablement sa crédibilité, et ce, malgré un niveau intellectuel et académique élevé au moment de l'accès aux programmes d'éducation initiale. Le niveau de publication professionnelle par la sage-femme francophone est extrêmement limité, mais étrangement alors que l'accès aux connaissances en langue française est absolument indispensable, les enseignants universitaires qui supervisent les quelques sages-femmes doctorantes exigent des soumissions en anglais dans des revues scientifiques avec impact factor. On croit rêver, mais c'est un cauchemar ! Où sont donc les connaissances dont les sages-femmes francophones ont tellement besoin ? Bien qu'une compréhension de l'anglais soit utile puisque la majorité des articles scientifiques est publiée dans des revues scientifiques anglophones, le but des études n'est pas de parfaire son anglais, mais de disséminer de nouvelles informations pour le bénéfice de la profession et donc des femmes dont les sages-femmes prennent soin.

Conclusion

La situation de la sage-femme française est paradoxale: des exigences académiques initiales très élevées, mais sans formation continue crédible; un manque de cohésion avec un nombre bien trop important d'associations, mais une représentation minime; un contrôle par le monde médical qui est inconsistant avec les critères d'indépendance et d'autonomie qui font partie des critères qui définissent une profession.

ICM parle des trois piliers qui aident au développement de la sage-femme: éducation, conseil de l'ordre et association. La sage-femme française bénéficie d'un conseil de l'ordre, mais le système éducatif et les associations sont les maillons faibles de la chaîne. Il serait utile pour les sages-femmes de prendre conscience de ces faiblesses et de s'unir dans une association représentative.

Il est essentiel aussi de développer une masse critique de sages-femmes désireuses alors de développer et de faire développer le corps des connaissances spécifiques qui est la marque d'une profession.

La sage-femme française se bat pour une reconnaissance professionnelle et ceci est bien compréhensible, mais il

est possible que certaines batailles ne soient pas aussi importantes que d'autres. Si il faut choisir entre praticien hospitalier, premier recours ou accès à des filières universitaires autonomes, il me semble que le choix est clair et l'accès à une filière universitaire l'emporte sur les autres options. Mais ceci ne se fera que par une profession unie qui pourra démontrer les avantages d'utiliser entièrement ses capacités et responsabilités.

Il y a beaucoup de travail à faire : l'union professionnelle est indispensable, ainsi que la compréhension des enjeux professionnels. Le développement de filières de maïeutique au niveau universitaire, avec une structure plus flexible, est indispensable pour que les sages-femmes capables et désireuses de rattraper le retard des dernières décennies puissent le faire le plus rapidement possible. Le niveau académique et intellectuel de base constitue cependant un avantage considérable pour la sage-femme française.

Les Dossiers de la Maïeutique est une revue qui fera tout ce qu'elle peut pour encourager la publication des résultats d'études utiles pour le développement des connaissances disponibles aux sages-femmes afin de proposer des soins basés sur données probantes pour le bénéfice des femmes et de leurs familles.

Marianne Mead
Sage-femme, PhD
Rédactrice en chef

Références

- CIA (2014). The World Factbook. CIA. Available: <https://http://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/> [Accessed May 2014].
- European Parliament (1998). Health care systems in the EU - a comparative study. *Public Health and Consumer Protection*. Brussels: European Parliament.
- ICM (2011). *Définition de la sage-femme*. The Hague: ICM. Available: [http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/Definition of the Midwife FRE-2011- updated August 2011.pdf](http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/Definition%20of%20the%20Midwife%20FRE-2011-%20updated%20August%202011.pdf).
- ICM (2013). *Compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme*. Available: [http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM Comp%C3%A9tences essentielles pour la pratique de base du m%C3%A9tier de sage-femme 2010, r%C3%A9vis%C3%A9 en 2013.pdf](http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Comp%C3%A9tences%20essentielles%20pour%20la%20pratique%20de%20base%20du%20m%C3%A9tier%20de%20sage-femme%202010,%20r%C3%A9vis%C3%A9%20en%202013.pdf).
- Moline, JN (1986). Professionals and professions: a philosophical examination of an ideal. *Soc Sci Med*, 22, 501-508.
- Parlement européen & Conseil européen (2005). *Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles*. Bruxelles: Union Européenne. Available: <http://register.consilium.eu.int/pdf/fr/05/st03/st03627.fr05.pdf> [Accessed Mai 2014].
- WHO Euro (2014). European Health for All Database. Copenhagen: WHO.
- World Health Organization (1996). *Care in normal birth: a practical guide*, Geneva, WHO.