



HAL
open science

Sages-femmes en Europe : vers une analyse comparative de la formation et des conditions d'exercice de la profession en Europe

Lena Blanchard

► To cite this version:

Lena Blanchard. Sages-femmes en Europe : vers une analyse comparative de la formation et des conditions d'exercice de la profession en Europe. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01394096

HAL Id: dumas-01394096

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01394096>

Submitted on 8 Nov 2016

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

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

ACADEMIE DE PARIS
ECOLE DE SAGES-FEMMES SAINT-ANTOINE
UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE - FACULTE DE MEDECINE
MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Sages-femmes en Europe,
Vers une analyse comparative de la formation et des
conditions d'exercice de la profession en Europe



Blanchard Lena

Née le 19.11.1992 à Paris 14^{ème}

Nationalité française

Directeur de mémoire : Marie-Cécile Moulinier

Année universitaire 2015-2016

ACADEMIE DE PARIS
ECOLE DE SAGES-FEMMES SAINT-ANTOINE
UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE - FACULTE DE MEDECINE
MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Sages-femmes en Europe,
Vers une analyse comparative de la formation et des
conditions d'exercice de la profession en Europe

Blanchard Lena
Née le 19.11.1992 à Paris 14^{ème}
Nationalité française

Directeur de mémoire : Marie-Cécile Moulinier

Année universitaire 2015-2016

REMERCIEMENTS

Je tiens ici à remercier l'ensemble des participants à cette enquête, sans qui ce mémoire n'aurait pu voir le jour. Je remercie également très sincèrement mes traductrices pour leur gentillesse et leur générosité.

Je souhaite exprimer une reconnaissance particulière à Marie-Cécile Moulinier, qui m'a guidée dans ce travail complexe, à force de patience et d'encouragements.

Un grand merci à Michèle Rivière, directrice de l'école de sages-femmes Saint-Antoine, pour son soutien et sa bienveillance tout au long de ces études.

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à ma mère ; ses conseils, son soutien, ainsi que ses patientes relectures me seront toujours essentiels. Tout simplement merci à ma famille, parents, frères, grands-parents, pour avoir toujours cru en moi ; merci de me permettre au quotidien d'aller au bout de mes projets. Merci à Daniel pour sa gentillesse et son aide précieuse.

Tout particulièrement, j'adresse un immense merci à Pascal pour son dévouement.

Merci également à celles, avec qui, quotidiennement, pendant quatre années, nous nous sommes serrés les coudes, avec une pensée toute particulière à mon binôme, Léa.

Et plus justement à tous ceux qui de près ou de loin m'ont permis de mener ce projet à bien : Merci. Puisse ce travail être à la hauteur de vos espérances.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
PREMIERE PARTIE : CADRE CONCEPTUEL	6
I.1. PANORAMA EUROPEEN	6
I.1.1. Définitions, rappels historiques et législatifs	6
I.1.1.1. L'Union Européenne en construction	6
I.1.1.2. Processus de Bologne et harmonisation des formations universitaires	7
I.1.1.3. De la directive 2005/36/CE à la directive 2013/55/UE	8
I.1.2. Qu'est-ce qu'une sage-femme ?	10
I.1.2.1. Définition internationale de la sage-femme	10
I.1.2.2. Un métier reconnu internationalement	11
I.1.3. L'Europe et la libre circulation des sages-femmes	14
I.1.3.1. Modalités de reconnaissance automatique des titres de formation	14
I.1.3.2. Démographie des sages-femmes en Europe	17
I.1.3.3. Mobilité des sages-femmes en Europe	19
I.2. ETRE SAGE-FEMME EN FRANCE	22
I.2.1. Le cadre institutionnel	22
I.2.1.1 – Quel statut	22
I.2.1.2 – Quelles compétences	22
I.2.1.3 – Quelle formation	23
I.2.2. Aperçu d'une réalité professionnelle	24
I.2.2.1 Pyramide des âges	24
I.2.2.2 Typologie d'activité	24
I.2.2.3 - Couverture territoriale	25
I.2.3. Etude du marché du travail	26
I.2.4. Statistiques périnatales et pratiques médicales	28
I.2.4.1 – Mortalité maternelle	29
I.2.4.2 – Mortinatalité	29
I.2.4.3 – Mortalités néonatale et infantiles	30
I.2.4.4 – Couverture de santé des femmes et bien-être maternel global	30
I.3. CONCLUSION	31
DEUXIEME PARTIE : METHODE ET RESULTATS	32
II.1. METHODE	32
II.1.1. Objectifs et hypothèses	32
II.1.2. Population d'étude	32
II.1.3. Critères d'évaluation	33
II.1.4. Technique de recueil	33
II.1.5. Analyse statistique	34
II.2. RESULTATS ET ANALYSE	34
II.2.1 Nombre et qualité des réponses	34
II.2.2 Organisation de la profession en Europe	35
II.2.2.1 – Statut des sages-femmes en Europe	35
II.2.2.2 – Modes d'exercice des sages-femmes en Europe	36
II.2.2.3 – Rôle de la sage-femme et nature des actes réalisés	38
II.2.2.4 – Obligation de développement professionnel continu et organes de régulation	40
II.2.3 Modalités de formations des sages-femmes en Europe	41
II.2.3.1 – Types et durées des formations de sage-femme en Europe	41
II.2.3.2 – Etablissements organisant les formations de sage-femme et modalités d'admission	42
II.2.3.3 – Matières enseignées, répartition théorie/pratique et personnel enseignant	44
II.2.3.4 – Accès au programme Erasmus	44
II.2.3.5 – Travail de fin d'étude et diplôme obtenu	45
II.2.3.6 – Accès à la voie doctorale sage-femme	46

II.2.4 <i>Compétences des sages-femmes en Europe</i>	46
II.2.4.1 – <i>Droit de prescription</i>	46
II.2.4.2 – <i>Compétences en obstétrique</i>	47
II.2.4.3 – <i>Compétences en soins généraux et compétences gynécologiques</i>	50
II.2.4.4 – <i>Compétences en pédiatrie et soins de puériculture</i>	51
II.2.5 <i>Conclusion</i>	52
TROISIEME PARTIE : DISCUSSION ET PROPOSITIONS	54
III.1. POINTS FORTS ET LIMITES DE L'ETUDE	54
III.1.1 <i>Points forts de l'étude</i>	54
III.1.2 <i>Limites de la méthode et difficultés rencontrées</i>	54
III.1.2 <i>Limites des résultats</i>	56
III.2. RETOUR SUR LES HYPOTHESES	56
III.3.1. <i>Revoir la directive pour assurer une meilleure prise en charge des femmes en Europe</i>	57
III.3.2. <i>Promouvoir la mise en place d'un système de santé centré sur la femme</i>	58
III.3.3. <i>Etudier la dimension culturelle des pratiques obstétricales dans les pays et la place de la femme dans les sociétés</i>	59
III.3.4. <i>Promouvoir une vision multiculturelle de la maïeutique</i>	61
CONCLUSION	63
BIBLIOGRAPHIE	64
ANNEXES	67
RESUME	76
ABSTRACT	77

INTRODUCTION

De nombreuses sages-femmes qualifiées quittent leur pays d'origine pour travailler à l'étranger. Plusieurs facteurs sont susceptibles d'expliquer cette situation : situation de l'emploi, développement des échanges internationaux et mise en concurrence internationale des systèmes de santé vis à vis des praticiens. Ce constat, confirmé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pose un certain nombre de questions.

Alors que la mondialisation pousse les sages-femmes à dépasser les frontières pour s'intéresser à d'autres pratiques et apporter un nouveau regard sur les nôtres, il paraît opportun d'analyser les différences affectant l'exercice de la profession dans les autres pays d'Europe.

En effet, si ces opportunités de mobilité internationale peuvent s'avérer intéressantes, elles peuvent également conduire à des situations critiques. Les sages-femmes sont un des acteurs majeurs et centraux du champ international de la périnatalité ; la qualité de la prise en charge des femmes doit être assurée en toutes circonstances. Une sage-femme désirant s'expatrier devra prendre en compte un certain nombre de critères avant d'élire une destination, afin d'exploiter de la meilleure façon ses connaissances et compétences et de répondre aux attentes du pays d'accueil. Les situations déplorables peuvent concerner notamment une formation insuffisante ou inadéquate vis à vis des certaines pratiques locales ou inversement des connaissances et compétences insuffisamment mises à contribution, l'absence de reconnaissance réelle du diplôme d'origine dans le pays ciblé, ou encore des modalités d'exercice de la profession ne correspondant pas aux attentes du professionnel.

Cette question se pose d'autant plus qu'en application du principe de libre circulation des travailleurs, les sages-femmes bénéficient d'une reconnaissance européenne de leurs qualifications professionnelles depuis 1980. **Cette reconnaissance est-elle pour autant synonyme d'une pratique professionnelle uniformisée dans les différents pays de l'Union Européenne ?**

L'OMS avait réalisé en 1954, la première étude d'ensemble sur les lois et règlements qui intéressent, dans différents pays, tant la formation professionnelle des sages-femmes que les différentes questions qui se rapportent à leurs obligations professionnelles (1). Une étudiante sage-femme s'était intéressée à la problématique en 2007, deux ans après la publication de la directive européenne de 2005, alors que l'Union Européenne ne comptait que 25 pays. (2) Depuis, les études de sages-femmes ont subi des réformes dans de nombreux pays européens, notamment en France en 2009.

Pour contribuer à répondre à cette question et ainsi apporter des informations utiles à une réflexion constructive sur les « bonnes pratiques » de la profession, ce mémoire propose une étude comparative des formations et compétences des sages-femmes au sein des pays de l'Union Européenne. Les hypothèses sont que la formation d'une part et les conditions d'exercice de la profession d'autre part sont harmonisées au niveau européen.

Après quelques rappels historiques et législatifs, l'étude fait un focus sur le cas français au sein de l'Union européenne. Dans un second temps, sont présentés les modalités de l'étude descriptive et comparative qui a été menée ainsi que les résultats obtenus. Dans une troisième partie, l'étude, ses résultats et les propositions qui en découlent sont discutés.

PREMIERE PARTIE : Cadre conceptuel

I.1. Panorama européen

I.1.1. Définitions, rappels historiques et législatifs

I.1.1.1. L'Union Européenne en construction

L'Union Européenne (UE) est une organisation internationale favorisant le développement de ses membres à travers une législation commune. Elle rassemble aujourd'hui 28 Etats européens et constitue la première puissance économique mondiale. Elle est représentée par des institutions qui élaborent des politiques communes, les traduisent dans un Droit Européen et veillent à leur application. Le 12 octobre 2012, le prix Nobel de la paix fut attribué à l'UE pour « sa contribution à la promotion de la paix, la réconciliation, la démocratie et les droits de l'Homme en Europe ».

La construction européenne s'est réalisée depuis la fin de la seconde guerre mondiale et en est, depuis le 1^{er} juillet 2013, à son septième élargissement :

1951 : signature du Traité de Paris instituant la Communauté Européenne du Charbon et de l'Acier (CECA) par les six pays fondateurs : l'Allemagne, la France, la Belgique, le Luxembourg, les Pays-Bas et l'Italie

1957 : signature du Traité de Rome instituant la mise en place de la Communauté Économique Européenne (CEE) permettant la libre circulation des personnes, des marchandises, des services et des capitaux

1973 : entrée du Royaume-Uni, de l'Irlande et du Danemark dans la communauté

1981 : entrée de la Grèce dans la communauté

1986 : entrée de l'Espagne et du Portugal dans la communauté puis signature de l'Acte Unique Européen établissant, entre autres, le principe de reconnaissance mutuelle

1992 : signature du Traité de Maastricht créant l'Union Européenne

1995 : entrée de l'Autriche, de la Suède, de la Finlande, de Malte et de Chypre dans la communauté

1997 : affirmation des principes de liberté, de démocratie et de respect des droits de l'Homme ; proposition de la création d'un espace de liberté, de sécurité et de justice

1999 : institution de la zone euro, monnaie officielle et signature du Processus de Bologne

2004 : entrée de l'Estonie, de la Lettonie, de la Lituanie, de la Pologne, de la République Tchèque, de la Slovaquie, de la Hongrie et de la Slovénie

2007 : entrée de la Roumanie et de la Bulgarie

2013 : entrée de la Croatie.

1.1.1.2. Processus de Bologne et harmonisation des formations universitaires

La déclaration de Bologne, signée en 1999 par 30 pays européens dont les 15 pays-membres de l'UE de l'époque, présente les objectifs à atteindre pour la création d'un Espace Européen de l'Enseignement Supérieur ; il s'agit de la mise en place d'un système de grade académique harmonisé : le système Licence-Master-Doctorat (LMD). Cette réforme permet la création d'un espace attractif à l'échelle mondiale ; elle permet une meilleure lisibilité des diplômes, une mobilité facilitée des étudiants, enseignants, chercheurs et professionnels et encourage l'harmonisation de la formation universitaire en Europe. A ce jour, elle rassemble 47 pays (annexe I).

Le Processus de Bologne est à l'origine d'une importante réorganisation des formations de sages-femmes dans les pays européens, passant d'une formation en école, sanctionnée par un diplôme professionnel, à une formation de type universitaire, sanctionnée par un diplôme de l'enseignement supérieur.

En France, l'intégration universitaire de la formation de sage-femme est un processus en cours ayant déjà connu les évolutions suivantes :

2002 : l'accès à la formation de sage-femme se fait par le concours d'entrée en Premier Cycle des Études Médicales (PCEM1)

2010 : la Première Année Commune aux Études de Santé (PACES) remplace la PCEM1 en distinguant les filières médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie en unités d'enseignement spécifiques

2011 : la deuxième année de licence en maïeutique est mise en place

2013 : les études en vue du diplôme d'état de sage-femme sont redéfinies et organisées en deux cycles de formation en sciences maïeutiques, validés par l'obtention de 120 European Credit Transfer System (ECTS) chacun et correspondant au grade de master.

1.1.1.3. De la directive 2005/36/CE à la directive 2013/55/UE

Le principe de libre circulation des travailleurs constitue l'un des principes fondamentaux du Droit européen. La profession de sage-femme bénéficie de ce droit depuis 1980.

En 2000, la Commission Européenne a adopté une stratégie ayant pour objectif de rendre la libre prestation de services à l'intérieur de la Communauté aussi facile qu'à l'intérieur d'un pays.

En 2005, la directive 2005/36/CEE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, abroge les directives sectorielles de 1980, jusqu'alors au nombre de quinze et les synthétise en un texte commun relatif à la réglementation de la libre circulation des professionnels. Cette directive définit les règles selon lesquelles, en UE, l'État-membre d'accueil reconnaît obligatoirement les qualifications professionnelles d'une profession réglementée¹ acquises dans un autre État-membre, celui d'origine. Le droit établi par cette directive s'applique aux ressortissants de l'UE, de l'Espace Economique Européen² (EEE) et de la Suisse. Il concerne les professions réglementées, qu'elles soient exercées à titre salarié ou indépendant (y compris libéral).

Ce système ne vise pas une reconnaissance des titres académiques aux fins de poursuite des études.

En 2010, la Commission Européenne souhaite évaluer la mise en place de la directive 2005/36/CE afin d'anticiper les éventuels amendements nécessaires lors de sa révision prévue en 2012. Elle charge alors le NEMIR (Network of European Midwifery

¹ Profession dont l'accès et l'exercice sont subordonnés à la possession de qualifications professionnelles déterminées par des textes de loi : infirmières, dentiste, vétérinaire, sage-femme, architecte, pharmacien et médecin.

² Union économique rassemblant les 28 pays d'Union Européenne, l'Islande, la Norvège et le Liechtenstein.

Regulators) de formuler des propositions d'amendement auprès du Parlement Européen et de la Commission Européenne pour améliorer la mobilité des sages-femmes en Europe.

Le NEMIR rassemble les autorités responsables de la régulation de la profession sage-femme dans les pays de l'Union européenne. Créé en 2009 à l'initiative du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF) et du Nursing Midwifery Council (NMC) (organe de représentation des sages-femmes au Royaume-Uni), le NEMIR se donne pour objectif d'améliorer la compréhension mutuelle entre les autorités responsables de la régulation de la profession sage-femme, de représenter à l'échelle européenne l'intérêt des femmes dans leur prise en charge et de promouvoir le partage des bonnes pratiques entre les pays européens. Il est devenu l'interlocuteur de référence des institutions européennes.

En 2009, il publie une étude sur la régulation de la profession de sage-femme dans l'Union Européenne réalisée par le NMC. (3) L'année suivante, il publie les résultats d'une enquête ayant pour objectif de donner un aperçu des principales caractéristiques de la profession sage-femme dans les pays d'Europe menée par le CNOSF. (4)

En 2011, le NEMIR rend les résultats de son évaluation de la directive européenne dans un Livre Vert intitulé « *Moderniser la directive sur la reconnaissance des qualifications professionnelles* ». (5)

Le 20 Novembre 2013, le Parlement européen adopte la directive 2013/55/UE modifiant la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles (6).

En vigueur depuis 2015, cette directive définit les règles selon lesquelles, en UE, l'État-membre d'accueil reconnaît obligatoirement les qualifications professionnelles d'une profession réglementée acquises dans un autre État-membre. Le ressortissant peut exercer sa profession dans un autre État-membre, avec les mêmes droits et est soumis à l'application des mêmes règles que les nationaux.

L'État-membre d'accueil ne peut imposer à un ressortissant de l'UE d'acquérir des qualifications délivrées dans le cadre de son système national d'enseignement, alors que l'intéressé a déjà acquis tout ou partie de ces qualifications dans un autre État-membre. Néanmoins, le professionnel migrant doit respecter les éventuelles exigences spécifiques imposées par l'État-membre d'accueil, celles-ci devant être non discriminatoires, objectivement justifiées par l'intérêt général, devant tenir compte de l'expérience

professionnelle du demandeur, ne devant pas entraîner de charge disproportionnée, ni empêcher ou rendre moins attrayant l'exercice de la profession. La directive comporte également des mesures favorisant l'exercice du droit d'établissement³ et de libre prestation de service⁴.

Il est à noter que la directive ne fait pas obstacle à la possibilité pour les États-membres de reconnaître des qualifications professionnelles acquises en dehors du territoire de l'Union européenne.

I.1.2. Qu'est-ce qu'une sage-femme ?

I.1.2.1. Définition internationale de la sage-femme

Dans le but de réduire les différences dans la formation et dans les champs d'activité des sages-femmes, l'International Confederation of Midwives (ICM) a adopté en 2005 une définition internationale de la sage-femme ; cette définition a été revue en 2011 :

- Une sage-femme est une personne qui a réussi un programme de formation sage-femme dûment reconnu dans le pays où il est enseigné et qui est basé sur les Compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme de l'ICM et le cadre des Normes globales pour la formation des sages-femmes de l'ICM ; qui a obtenu les diplômes requis pour être enregistrée et/ou avoir le droit d'exercer légalement la profession de sage-femme et d'utiliser le titre de sage-femme et, qui démontre la maîtrise des compétences du métier de sage-femme.
- La sage-femme est une personne professionnelle et responsable qui travaille conjointement avec les femmes pour leur donner un appui essentiel, ainsi que des conseils et des soins nécessaires au cours de la grossesse, lors de l'accouchement et dans la période post-partum.

³ Le professionnel est libre de s'établir de manière stable et durable dans un État-membre d'accueil lorsqu'il a bénéficié de la reconnaissance de ses qualifications professionnelles.

⁴ Le professionnel est libre d'exercer sa profession dans un autre État-membre sans devoir demander la reconnaissance de ses qualifications professionnelles, mais cela doit être de manière temporaire et occasionnelle, définie selon certains critères de durée, de fréquence, de périodicité et de continuité de la prestation. Il exerce alors en tant que prestataire de service et est soumis à la réglementation relative à sa profession établie par le pays-membre d'accueil.

- Elle doit être en mesure de prendre toute responsabilité lors d'un accouchement et de prodiguer les soins nécessaires au nouveau-né et au nourrisson. Ces soins incluent des mesures préventives, la promotion de l'accouchement normal, le dépistage des signes de complications, tant chez la mère que chez le bébé, le recours à l'assistance médicale ou à une assistance d'un autre ordre en cas de besoin et l'exécution de mesures d'urgence.
- La sage-femme joue un rôle important comme conseillère en matière de santé et d'éducation, non seulement pour les femmes mais aussi au sein de la famille et de la communauté. Son travail devrait comprendre l'éducation prénatale et la préparation au rôle de parent ; son intervention peut aussi s'étendre à la santé maternelle, à la santé sexuelle ou reproductive et aux soins aux enfants.
- La pratique de sage-femme peut être exercée dans tous les endroits, y compris à domicile, dans la communauté, en milieu hospitalier ou en clinique et dans les unités sanitaires.

1.1.2.2. Un métier reconnu internationalement

Avant d'entreprendre cette étude, il importe d'insister sur certains faits historiques qui donnent une idée de l'évolution que la profession a subie et de l'importance actuelle qu'elle présente dans les différents pays du monde.

Jusqu'au début de ce siècle, dans tous les pays, la pratique des accouchements était en fait réservée presque exclusivement aux sages-femmes; jusqu'alors, en effet, celles-ci n'ont pratiquement pas connu la concurrence des médecins. Les progrès rapides de la médecine ont permis toutefois aux médecins, à la fin du XIXe siècle, d'évincer techniquement les sages-femmes et d'occuper une place importante dans le domaine. Toutefois, que ce soit dans les pays qui disposent de services de santé publique bien organisés ou dans les pays qui manquent de personnel médical ou paramédical, la sage-femme joue encore un rôle de premier plan. (1)

Chaque année de nouvelles données sont publiées montrant la place essentielle des sages-femmes dans la prise en charge de la santé des femmes et de la périnatalité. Les

quatre dernières années ont vu se multiplier les travaux concernant les sages-femmes, leur force de travail et les services.

En 2010 s'est tenu le premier colloque mondial des sages-femmes, inauguré par le Secrétaire Général des Nations Unies qui a lancé un appel mondial, invitant notamment les pays à faire le nécessaire afin que chaque femme enceinte, chaque accouchée et son nourrisson aient accès aux soins dispensés par des accoucheuses qualifiées, dans un centre de santé qui fonctionne. S'en est suivi la parution par le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), l'ICM et l'OMS d'un rapport mondial, le premier sur le sujet : *“La pratique de sage-femme dans le monde en 2011 : naissances réussies, vies sauvées”*. (7) Publié au moment où la campagne internationale pour la promotion de la femme bat son plein, il fournit une première vue d'ensemble sur la disponibilité et la qualité des services de sages-femmes à travers le monde et particulièrement dans les pays à bas revenus.

Cette dynamique s'est poursuivie avec le deuxième colloque mondial des sages-femmes en 2013 et la publication en 2014 d'un second rapport : *“La pratique de sage-femme dans le monde en 2014 : Sur la voie de l'universalité. Le droit des femmes à la santé”*. (8) Avec des données solides et des analyses sur la situation des sages-femmes dans le monde, il met l'accent sur un besoin urgent d'améliorer la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des services des sages-femmes. En effet, le rapport SoWMy2014 indique que les sages-femmes peuvent fournir 87% des soins essentiels nécessaires pour les femmes et les nouveau-nés, quand elles sont formées et réglementées selon les normes internationales. Pourtant, le constat est accablant : 88% des pays n'ont pas suffisamment de sages-femmes pour faire face aux soins des femmes et des nouveau-nés.

Dans cet esprit, le rapport propose un système de planification et de gestion des sages-femmes qui répondrait aux priorités mondiales de couverture universelle de santé pour toutes les femmes et leurs nouveau-nés. Partant du principe que les femmes enceintes sont généralement en bonne santé et que la sage-femme est le professionnel le mieux qualifié pour prendre la responsabilité de la grossesse et de la naissance normale, le rapport préconise des modèles de soins centrés sur la femme et dirigés par des sages-femmes, elles-mêmes soutenues par une équipe d'auxiliaires et de médecins.

Ce principe a d'ailleurs été confirmé par l'OMS qui ajoute que cette responsabilité de la grossesse et de la naissance normale inclut l'évaluation du risque et le diagnostic de complications. L'OMS déclare également que le modèle de soin « une sage-femme pour toutes » est le plus efficace à moindre coût. La vision décrite dans le rapport SoWMy est à la portée de tous les pays, quel que soit leur stade de transition économique et démographique. Sa mise en œuvre aidera les pouvoirs publics à favoriser le droit des femmes à la santé et à contribuer à mettre fin aux décès évitables de mères et de nouveau-nés. Il a été calculé qu'une telle organisation des soins aurait un impact comparable à celui de la vaccination des enfants et que le rendement de l'investissement pourrait atteindre 16 fois le montant investi.

Toujours en 2014, la revue *The Lancet* montre les avantages de la pratique des sages-femmes à l'aide d'une série d'articles scientifiques sur la nécessité de réduire la médicalisation de l'accouchement pour la santé des femmes et des nouveau-nés. (9) La même année, la Suède déclare être parvenue à réduire considérablement son taux de mortalité maternelle grâce aux services des sages-femmes. (8)

Reconnaissant la valeur et l'impact des services de sages-femmes, le monde entier décide d'investir dans cette profession. Beaucoup de pays en développement ont manifesté une ferme volonté politique, étayée par de nouveaux engagements, d'augmenter les effectifs d'accoucheuses qualifiées et d'assurer des services de maternité aux femmes qui en ont besoin. (8) De nombreux programmes voient le jour en particulier pour la région africaine qui a les taux de mortalité maternelle et néonatale les plus élevés du monde : la Banque Mondiale lance en 2013 le *Sahel Women's Empowerment and Demographics Project* ; la Commission de l'Union Africaine initie une *Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique* ; tandis qu'à l'autre bout du monde, l'Association des Nations de l'Asie du Sud-Est publie en 2014 des nouvelles lignes directrices pour la *Formation et l'Accréditation des Accoucheurs Qualifiés*. Ces différents programmes sont destinés à aider les gouvernements à renforcer leurs plans et les règlements en matière d'éducation et de formation des sages-femmes et équivalents, mais aussi en matière de gestion des ressources humaines pour la santé.

1.3.1. L'Europe et la libre circulation des sages-femmes

1.1.3.1. Modalités de reconnaissance automatique des titres de formation

La profession a été inscrite dans les textes européens. La directive européenne 2013/55/UE de 2013 est composée de quatre articles spécifiques à la profession de sage-femme ainsi que d'une annexe. Ces articles définissent précisément les conditions de reconnaissance automatique des titres de formation de sage-femme au sein de l'UE.

L'article 40 expose les modalités minimales de formation de la filière sage-femme actuellement en vigueur dans tous les pays de l'UE. Elles sont décrites dans le tableau ci-dessous :

	Voie I	Voie II
Durée	3 ans temps plein	18 mois temps plein
Conditions d'admission	12 ans de formation scolaire générale (au lieu de 10 en 2005)	Possession titre d'infirmier
Connaissances à acquérir	- connaissances approfondies en maïeutique, obstétriques et gynécologie - connaissances en déontologie et législation de la profession - connaissances en fonctions biologiques, anatomie, physiologie et pharmacologie dans le domaine de la périnatalité - connaissances du comportement humain et des relations entre sa santé et son environnement physique et social	
Aptitudes à acquérir	Expérience clinique adéquate permettant de dispenser de façon indépendante et sous sa propre responsabilité les soins relevant de sa compétence Expérience de collaboration avec le personnel de santé	

Tableau I : Modalités minimales de formation des sages-femmes en UE

Il est à noter qu'il n'a pas paru souhaitable d'imposer une voie de formation unifiée pour les sages-femmes pour l'ensemble des États-membres mais au contraire de laisser à ceux-ci le maximum de liberté dans l'organisation de leur enseignement. Néanmoins, la directive prévoit l'établissement d'un comité d'experts travaillant à l'harmonisation des formations de sage-femme dans les pays de l'UE. De plus, les notions d'indépendance et de responsabilité ont été ajoutées à la version 2013, remplaçant l'idée de subordination par le concept de « personnel qualifié en obstétrique ».

L'article 41 informe de la reconnaissance automatique des titres de formation de sage-femme lorsque les exigences minimales ci-dessous sont respectées :

Forme 1	Forme 2	Forme 3
Formation de 3 ans comprenant 4600 heures d'enseignement dont un tiers minimum de pratique clinique	Formation de 2 ans comprenant 3600 heures d'enseignement pratique et clinique	Formation de 18 mois comprenant 3000 heures d'enseignement pratique et clinique
	Possession titre infirmier	Possession titre infirmier Attestation de bonne pratique professionnelle obtenue dans un établissement agréé d'un an

Tableau 2 : Modalités de reconnaissance automatique des titres de formation de sage-femme en UE (article 41)

Il revient à l'État-membre d'accueil de s'assurer de la conformité du titre de formation en question ; en France, cette obligation revient au Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF). L'État-membre d'accueil dispose d'un délai de trois mois pour se prononcer. Toute décision de refus doit être dûment justifiée.

Les durées de formation en heures et les équivalents crédits ECTS ont été précisés dans la version 2013 pour une meilleure transparence dans la régulation des formations.

L'article 42 définit les activités professionnelles essentielles pour lesquelles les sages-femmes doivent être compétentes et ainsi, définit leur champ de compétences comme suit :

- assurer une bonne information et conseiller en matière de planification familiale
- diagnostiquer la grossesse, puis surveiller la grossesse normale, effectuer les examens nécessaires à la surveillance de l'évolution de la grossesse normale
- prescrire et conseiller les examens nécessaires au diagnostic le plus précoce possible de toute grossesse à risque
- établir un programme de préparation des futurs parents à leur rôle et les conseiller en matière d'hygiène et d'alimentation, assurer la préparation complète à l'accouchement
- assister la parturiente pendant le déroulement du travail et surveiller l'état du fœtus in utero par les moyens cliniques et techniques appropriés
- pratiquer l'accouchement normal, y compris, au besoin, l'épisiotomie et, en cas d'urgence, pratiquer l'accouchement par le siège
- déceler chez la mère ou l'enfant les signes annonciateurs d'anomalies qui nécessitent l'intervention d'un médecin et assister ce dernier si il y a lieu ; prendre les mesures d'urgence qui s'imposent en l'absence du médecin, notamment

l'extraction manuelle du placenta, éventuellement suivie de la révision utérine manuelle

- examiner le nouveau-né et en prendre soin ; prendre toutes les initiatives qui s'imposent en cas de besoin et pratiquer, le cas échéant, la réanimation immédiate
- prendre soin de la parturiente, surveiller les suites de couches de la mère et donner tous conseils utiles permettant d'élever le nouveau-né dans les meilleures conditions
- pratiquer les soins prescrits par un médecin
- établir les rapports écrits nécessaires.

L'article 43 prévoit les cas particuliers pouvant poser problème. Aussi, lorsque le titre de formation répond à l'ensemble des exigences minimales de formation mais qu'il a été délivré avant la date de référence mentionnée dans la directive, si le ressortissant peut attester d'au moins 2 années d'exercice consécutifs au cours des 5 dernières années, alors l'État-membre d'accueil reconnaît alors le titre de formation ; il s'agit du principe des droits acquis.

L'article détaille le cas de l'ancienne République démocratique allemande, de la Pologne, de la Roumanie et de la Croatie.

Enfin, le programme minimal d'enseignement théorique et technique ainsi que le contenu de l'enseignement pratique et clinique, sont détaillés au sein de l'annexe 5.5.1. comme suit :

- connaissances approfondies en maïeutique, obstétriques et gynécologie : anatomie, physiologie, pathologies obstétricales et gynécologiques, embryologie, préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), éducation sexuelle et planification familiale
- connaissances en pédiatrie : notions fondamentales notamment physiologie et pathologies du nouveau-né, soins et surveillance
- connaissances en déontologie et législation de la profession, protection juridique de la mère et de l'enfant
- connaissances de la psychologie, du comportement humain et des relations entre sa santé et son environnement physique et social en particulier dans le domaine de la périnatalité

- notions fondamentales d'anatomie, des fonctions biologiques physiologiques et pathologiques, d'infectiologie, de biophysique, biochimie et radiologie, pharmacologie, analgésie, anesthésie et réanimation, nutrition, santé publique (hygiène et prévention, organisation sanitaire), pédagogie et sociologie en particulier dans le domaine de la périnatalité
- la pratique d'au moins 100 examens prénatals
- la surveillance et la pratique d'au moins 40 parturientes et 40 accouchements (30 minimum à condition que l'élève participe activement à 20 accouchements) y compris la pratique de l'épisiotomie et de la suture et la participation active à un accouchement par le siège
- la surveillance et les soins d'au moins 100 accouchées et nouveau-nés sains y compris des nouveau-nés nécessitant des soins spéciaux (prématurés, hypotrophes, cas pathologiques)
- la surveillance de 40 cas (prénatals, per-partum ou post-partum) exposés à des risques
- une initiation aux soins en médecine et en chirurgie.

Les directives européennes laissent donc une liberté aux institutions dans l'organisation de l'enseignement et de l'exercice des sages-femmes, sous réserve du respect d'un programme minimum fixé et d'une description d'un champ d'activité commun aux professionnels européens.

1.1.3.2. Démographie des sages-femmes en Europe

La démographie des sages-femmes est diverse au sein des pays de l'Union européenne et doit être mise en rapport avec le nombre de femmes en âge de procréer et le nombre de naissances. En effet, le nombre de sages-femmes varie inévitablement selon la densité de population au sein d'un pays ; un nombre isolé de sages-femmes en exercice n'a donc pas de valeur comparative.

A partir du nombre de sages-femmes en exercice (4), du nombre de femmes en âge de procréer (10) et du nombre de naissances par année (11), il a été calculé le nombre de

sages-femmes pour 100 000 femmes en âge de procréer et le nombre de naissances par sage-femme pour chaque pays de l'UE. Le graphique ci-dessous en donne la synthèse (graphique 1).

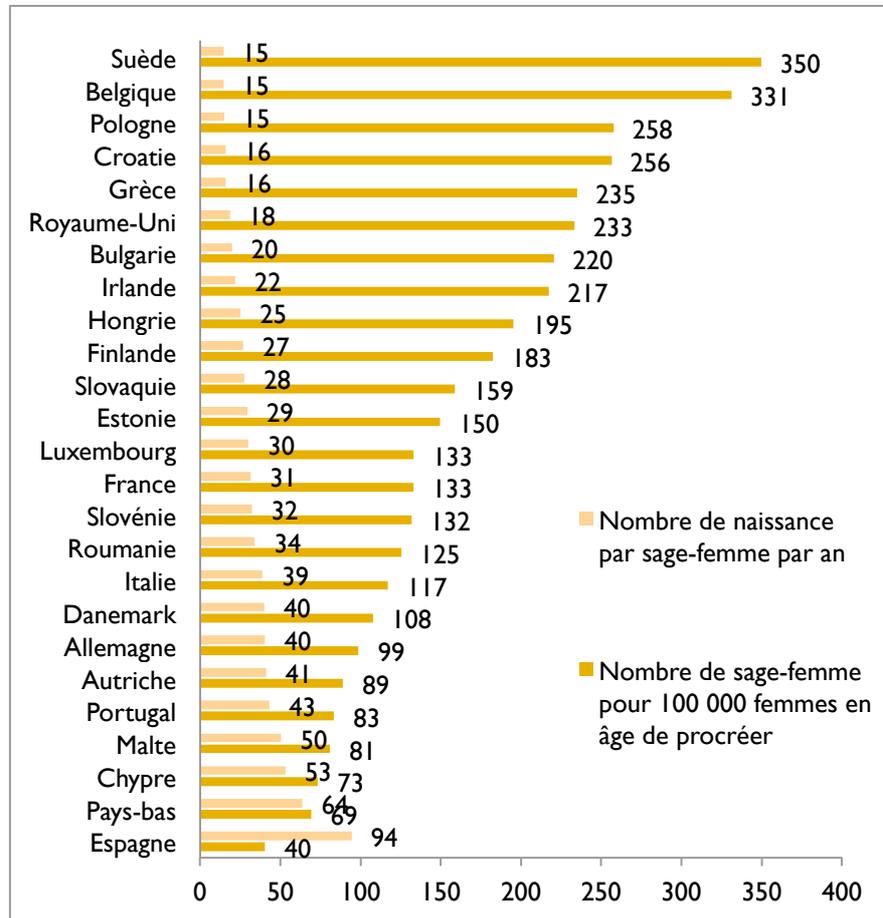


Figure 1 – Démographie approfondie des sages-femmes en Europe

Il semble également intéressant de comparer le nombre de sages-femmes en exercice avec le nombre d'obstétriciens en exercice dans chaque pays (graphique 2).

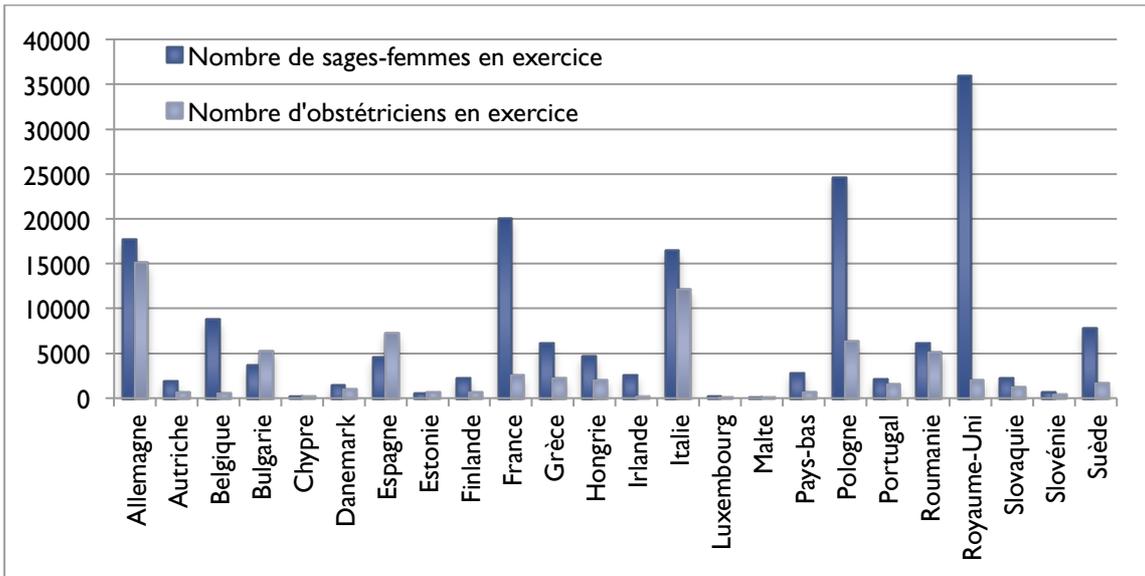


Figure 2 - Démographie des sages-femmes et des obstétriciens en Europe (2010)

1.1.3.3. Mobilité des sages-femmes en Europe

Le graphique ci-dessous a été réalisé d'après les chiffres de la base de données des professions réglementées de la Commission Européenne ; ils détaillent les sages-femmes ayant bénéficié de la reconnaissance de leur diplôme dans un autre pays membre de l'UE depuis l'année 2005. (12)

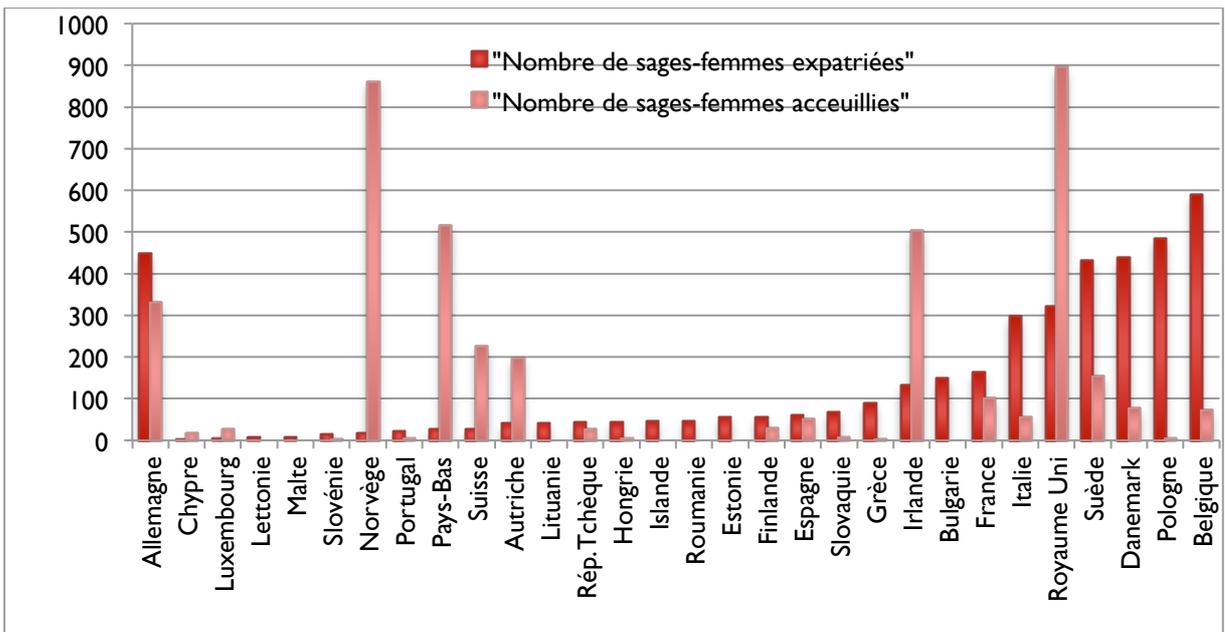


Figure 3 - Mobilité approximative des sages-femmes en Europe en 2014

Concernant les taux d'expatriation, les pays d'où les sages-femmes s'expatrieraient le plus sont la Belgique, la Pologne, l'Allemagne, le Danemark et la Suède ; la France étant positionnée en 8^{ème} position. Le fort taux d'expatriation des sages-femmes possédant un diplôme belge s'explique par l'existence d'un flux d'étudiants de nationalité française partant effectuer leur formation de sage-femme en Belgique puis revenant exercer en France une fois diplômés.

A l'inverse, les pays semblant accueillir le plus de sages-femmes européennes sont le Royaume-Uni, la Norvège, les Pays-Bas et l'Irlande ; la France se plaçant en 9^{ème} position avec un écart considérable par rapport au duo de tête.

Ces chiffres concordent avec les estimations faites en 2009 par les différents organes régulateurs de la profession, pour répondre à l'étude « Survey of european midwifery regulators » réalisée par le Nursing and Midwifery Council (NMC) dans le cadre du NEMIR. (3) La Norvège estimait alors à 33% le taux de sages-femmes exerçant dans le pays titulaires d'un diplôme provenant d'un autre pays européen, majoritairement de Suède ; de même, l'Irlande estimait ce taux à 29% dont la plupart seraient des sages-femmes de nationalité Irlandaise mais ayant effectué leur formation au Royaume-Uni.

Les Pays-Bas, le Danemark et l'Autriche évaluaient ces taux aux alentours de 10%, la France à 3,5%, en incluant le flux entrant de sages-femmes françaises diplômées en Belgique. Il est à noter que le Royaume-Uni, pays semblant accueillir le plus grand nombre de sages-femmes titulaires d'un diplôme étranger européen, n'estimait ce taux qu'à 1% ; en effet, le Royaume-Uni est également le pays européen avec le plus grand nombre de sages-femmes en exercice ; le flux entrant de sages-femmes étrangères a moins d'impact sur les chiffres.

Les taux de mobilité sont à interpréter avec précaution et notamment à mettre en rapport avec la densité de population des pays en question ; les pays aux plus faibles taux d'expatriation sont Chypre, Malte et le Luxembourg, notamment du fait de leur faible nombre de sages-femmes en exercice en comparaison à leurs voisins.

D'autre part, une étude menée en 2016 par l'Anesf, portant sur le désir d'exercice et de mobilité des étudiants sages-femmes français a montré que plus de 30% d'entre eux envisagent d'exercer à l'étranger après l'obtention de leur diplôme ; dont 6% ne souhaite pas rester en France. Parmi les raisons qui poussent les étudiants à quitter la France, sont évoqués dans un premier temps une volonté d'élargir leur vision de la maïeutique et de découvrir d'autres pratiques médicales, dans un deuxième temps simplement l'envie de voyager, suivie de près par le souhait de trouver une place dans un marché du travail étranger moins encombré qu'en France. 93,4% des étudiants ayant participé à l'enquête ont déclaré ne pas disposer des informations nécessaires au choix éclairé d'une destination.

(13)

I.2. Etre sage-femme en France

I.2.1. Le cadre institutionnel

1.2.1.1 – Quel statut

Selon le code de la Santé Publique, la profession de sage-femme appartient aux professions médicales, à l'instar de la profession de médecin et de celle de chirurgien-dentiste. (14)

Si cette profession peut être exercée au sein des établissements publics ou privés de santé, elle peut tout autant l'être à titre libéral. Pour s'installer en libéral, les sages-femmes n'ont pas de contrainte d'ancienneté professionnelle et la formation initiale peut être orientée selon un souhait de parcours professionnel.

Cette profession possède un ordre professionnel depuis 1945 et il est obligatoire d'être inscrit au tableau de l'Ordre des Sages-Femmes pour avoir le droit d'exercer en France. La profession est également réglementée par un code de déontologie. (15)

1.2.1.2 – Quelles compétences

La profession de sage-femme est réglementée par le Code de la santé publique. Elle comporte, aux termes des dispositions de l'article L. 4151 de ce code, la pratique des actes nécessaires au diagnostic et à la surveillance de la grossesse, à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant de moins de 28 jours. De plus, depuis 2009 et la loi Hôpital Patient Santé Territoire, l'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention. (16) De même, les sages-femmes, du fait de leur statut de profession médicale, peuvent « prescrire les médicaments et les dispositifs médicaux d'une classe thérapeutique figurant sur une liste fixée par arrêté ministériel » et « prescrire les examens strictement nécessaires à l'exercice de leur profession ». (14)

Quelle que soit la situation, en cas de pathologie maternelle, fœtale ou néonatale, pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches et en cas d'accouchement

dystocique, la sage-femme doit faire appel à un médecin. Les sages-femmes peuvent pratiquer les soins prescrits par un médecin en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques. (14)

Par ailleurs, en vertu de l'article 4153 de ce même code, les sages-femmes ont le devoir d'entretenir et de perfectionner leurs connaissances ; elles sont soumises à une obligation annuelle de développement professionnel continu (DPC) depuis 2012. Cette obligation deviendra triennale dès parution des textes d'application relatifs au DPC de la Loi de Modernisation du Système de Santé.

1.2.1.3 – Quelle formation

L'exercice de cette profession requiert la détention d'un titre, le diplôme d'Etat de sage-femme, délivré après une formation de 5 ans, organisée dans une des 35 écoles françaises agréées par les régions ou au sein des universités.

En effet, la formation a récemment subi une réforme ; elle est définie selon le système Licence Master Doctorat et bénéficie de la reconnaissance du diplôme d'Etat de sage-femme au grade de Master. Le programme des études de sages-femmes a été fixé par arrêté ministériel en 2011 (17) et 2013 (18) ; il respecte bien sûr, les conditions minimales européennes et suit une répartition variable d'enseignements théoriques et pratiques selon l'année d'étude (environ 50%-50% lorsque l'on considère la totalité du cursus). Par ailleurs, le diplôme d'Etat de sage-femme est soumis à la validation d'un travail de recherche individuel, en lien avec la profession, dont le thème est choisi par l'étudiant : un mémoire.

L'admission dans ces écoles en vue de la préparation du diplôme d'Etat de sage-femme est subordonnée au classement en rang utile à l'issue des épreuves de première année commune aux études de santé (PACES). C'est un décret ministériel du ministre chargé de l'Enseignement supérieur et du ministre chargé de la Santé, qui fixe annuellement le nombre de sages-femmes admises en formation. (19) Ce nombre d'étudiants est fixé compte tenu des besoins de la population, de la nécessité de remédier aux inégalités géographiques et des capacités de formation des établissements concernés ;

il est appelé le "numerus clausus". En 1998, il était fixé au nombre de 663 étudiants sages-femmes pour la France. Ce numerus clausus a été augmenté en 2005, en prévision d'une future pénurie de gynécologues dont la formation initiale a été restreinte depuis 1996. Depuis cette période, près de 1000 sages-femmes françaises sont diplômées chaque année. (20) (21)

L'accès à la voie doctorale et à la recherche médicale est facilité depuis l'application du système Licence Master Doctorat. Cependant, la filière de maïeutique ne concède qu'un grade de master et non un diplôme national de master à proprement parler. Il est donc nécessaire d'intégrer un master de recherche dans une autre discipline, complémentaire de la filière sage-femme, à la suite de l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme ou bien de suivre un double cursus de maïeutique et de recherche dès la formation initiale.

I.2.2. Aperçu d'une réalité professionnelle

I.2.2.1 Pyramide des âges

La profession est restée presque exclusivement féminine au cours de la dernière décennie (99 % en moyenne). La moitié des sages-femmes sont âgées de moins de 40 ans ; les sages-femmes salariées hospitalières sont plus jeunes que les autres. (20)

I.2.2.2 Typologie d'activité

L'activité des sages-femmes varie fortement selon la structure de l'établissement ou le mode d'exercice. En libéral, leur activité est majoritairement orientée vers les cours de préparation à la naissance qui représentent près de la moitié des montants remboursés ; vient ensuite la rééducation périnéale qui représente un quart des montants remboursés alors que les visites et consultations de suivi de grossesse n'en représentent que 5 % et les accouchements à peine 0,05 %. À l'inverse, les sages-femmes hospitalières effectuent principalement des accouchements. Dans le secteur privé, le médecin est le plus souvent en charge de l'accouchement, la sage-femme étant chargée de la préparation et l'accompagnement de la femme pendant la phase de travail. Au contraire, dans le secteur

public, ce sont les sages-femmes qui assurent les accouchements et les médecins n'interviennent que pour les accouchements difficiles ou à risque. (20)

Globalement, 74% des sages-femmes sont salariées hospitalières (58% dans le secteur public et 16% dans le secteur privé), 18% exercent en libéral (exclusif ou mixte) et 8% sont salariées non hospitalières dont plus de la moitié exercent dans un service de protection maternelle et infantile (PMI).

La formation initiale étant majoritairement tournée vers l'hospitalier, les sages-femmes débutent généralement leur carrière à l'hôpital bien que la législation ne les y oblige pas. Toutefois, si l'exercice libéral reste globalement le fait de sages-femmes expérimentées, les sages-femmes s'installent plus jeunes en libéral qu'auparavant. Par envie d'une pratique autonome chez certaines professionnelles qui souhaitent exercer pleinement toutes les compétences de la sage-femme et grâce à l'augmentation croissante des soins ambulatoires, le secteur libéral est en pleine expansion avec une hausse de 7 % par an entre 2000 et 2010. (20)

Le travail à temps partiel est très répandu dans la profession : en 2009, un tiers des sages-femmes salariées hospitalières travaillait à temps partiel. Par ailleurs, une sage-femme libérale sur cinq cumule activité salariée et exercice libéral, le plus souvent dans un hôpital privé. (20)

1.2.2.3 - Couverture territoriale

La répartition des professionnels de la naissance est très inégale sur le territoire ; entre deux régions, le nombre de sages-femmes rapporté à la population des femmes en âge de procréer peut varier du simple au double. Le Languedoc-Roussillon, la région Rhône-Alpes, la Franche-Comté, la Lorraine et les départements d'outre-mer sont les cinq régions les mieux dotées en sages-femmes ; à l'inverse, les régions Picardie, Île-de-France, Corse et Nord - Pas-de-Calais enregistrent les densités les plus faibles, la Picardie étant nettement en dessous de la moyenne nationale. Les inégalités de répartition constatées pour l'ensemble de la profession sont beaucoup plus marquées dans le secteur libéral. (20)

La densité régionale de sages-femmes n'est pas corrélée à la densité régionale de gynécologues obstétriciens. L'appréciation de la disponibilité régionale des professionnels médicaux intervenant en complémentarité avec les sages-femmes est utile à cet état des lieux. Il en ressort que trois régions cumulent une position défavorable pour l'ensemble des densités de sages-femmes, gynécologues et médecins généralistes libéraux : le Centre, la Picardie et la Haute-Normandie. (20)

I.2.3. Etude du marché du travail

Au cours des vingt dernières années et sous l'effet de l'augmentation rapide du *numerus clausus* jusqu'en 2005 puis de la décélération des départs en retraite depuis 2005, le nombre de sages-femmes en exercice a augmenté, passant de 10 000 à 22 000 en 15 ans. Cette hausse s'est faite à un rythme plus soutenu que celle du nombre de femmes en âge de procréer. Il en résulte que la densité de sages-femmes a évolué de 77 sages-femmes pour 100 000 femmes en âge de procréer dans les années 90 à 141 sages-femmes pour 100 000 femmes en âge de procréer de nos jours. De même, le nombre de naissances a augmenté de façon beaucoup plus modérée, diminuant ainsi le nombre de naissances par sage-femme de près d'un quart en dix ans. (20) Néanmoins à ce jour, la couverture de santé pour les femmes et leurs nouveau-nés n'est pas optimale.

En l'absence de nouvelle décision des pouvoirs publics, le nombre de sages-femmes en activité devrait continuer à augmenter, parallèlement à une baisse du nombre de femmes en âge de procréer et une stagnation du nombre de naissances. Ainsi, la densité de sages-femmes en activité connaîtrait une augmentation, passant à 179 sages-femmes en activité pour 100 000 femmes âgées d'ici à 2030. De même, le nombre de naissances par sage-femme devrait diminuer passant de 44 à 35 naissances par sage-femme dans cette même période. Néanmoins, l'activité des sages-femmes pourrait augmenter, du fait d'une diminution annoncée du nombre de gynécologues obstétriciens entre 2011 et 2020, de l'élargissement de leurs compétences gynécologiques et du renforcement de leur rôle de premier recours auprès des femmes. Le nombre de sages-femmes libérales devrait également continuer à augmenter alors que le nombre de sages-femmes salariées devrait, lui, rester pratiquement stable. (20)

Le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes exprime néanmoins un sentiment de pénurie alors même que le phénomène du chômage qu'il avait annoncé chez les sages-femmes nouvellement diplômées est confirmé. (22) (23) L'apparition d'un chômage chez les sages-femmes semble dû aux changements dans l'organisation du temps de travail (35h), à l'allongement de la durée de vie professionnelle⁵ et au non remplacement de certains départs à la retraite ; s'y ajoutent la fermeture de plus de 20% des maternités publiques depuis 2000 ainsi qu'une exigence de rationalisation de la part des autorités administratives : la réduction du nombre de sites d'accouchements ne s'est pas accompagnée d'une concentration des moyens humains. (24)

Le taux de chômage enregistré à Pôle emploi est en augmentation constante depuis 4 ans ; variable d'une région à l'autre, il concerne majoritairement les jeunes et n'excède pas les 5%. D'après le Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS), les sages-femmes s'insèrent rapidement sur le marché du travail. La difficulté vient du fait que l'accès à l'emploi stable passe désormais par une période de transition difficile, rythmée de contrats à durée déterminée (CDD) et de vacations, tant dans les établissements privés que dans les établissements publics, avec des conséquences sensibles sur l'environnement professionnel et personnel des contractuels. Ces parcours donnent lieu à de fréquentes mais brèves périodes de chômage interstitiel. En revanche, les sages-femmes parviennent à se maintenir, la majeure partie du temps, en emploi. La profession reste à ce stade relativement protégée en comparaison au reste du marché du travail. Ce qui est plus fréquent, c'est un sous-emploi lié à un quantum d'heures de travail insuffisant malgré un cumul d'emplois. (22)

La gestion des emplois a pris la tournure d'une gestion en flux tendus avec très peu de visibilité tant pour les cadres que pour les salariées. Le recours aux formes précaires d'emploi est imposé par les gestionnaires des établissements de santé. En revanche, si l'offre d'emploi salarié n'est plus suffisante pour occuper toutes les sages-femmes actives,

⁵ Cette réforme reporte de deux ans l'âge légal de départ à la retraite : 62 ans au lieu de 60 pour les sages-femmes libérales, salariées du secteur privé ou non titulaires de la fonction publique, 57 ans au lieu de 55 pour les sages-femmes titulaires de la fonction publique. De même, l'âge de la retraite à taux plein passe à 67 ans au lieu de 65 pour les sages-femmes libérales et celles relevant du régime général et à 62 ans au lieu de 60 pour les sages-femmes titulaires de la fonction publique.

le développement de nouvelles opportunités d'activité libérale vient redessiner l'univers des possibles. (22)

La sélectivité et la dureté des études achevées dans un contexte de forte incertitude professionnelle et personnelle, conduisent certaines jeunes sages-femmes à se poser des questions. Certaines changent de voie, bénéficiant parfois de passerelles pour évoluer vers une autre profession médicale. Un nombre croissant de sages-femmes poursuivent leur cursus par un 3^{ème} cycle de recherche et obtiennent le titre de docteurs dans une autre discipline ; leur thèse concernant toujours la périnatalité. D'autres ont recours à l'installation contrainte en libéral. (23) (24) Il serait exagéré d'attribuer au seul marché du travail les raisons de ces réorientations professionnelles précoces.

En France, le mécontentement de la profession s'est récemment fait ressentir au travers de mouvements de grève : les sages-femmes françaises souffrent d'un manque de reconnaissance de leur niveau d'étude et de leur statut médical, d'une absence de lisibilité de la profession dans la prise en charge périnatale, du faible niveau des rémunérations, d'absence de plans de carrière et ce, dans des conditions de travail difficiles qui freinent la poursuite de ce métier au delà d'un certain âge. (21)

I.2.4. Statistiques périnatales et pratiques médicales

La France est le deuxième pays européen en termes de fécondité avec un taux de 2,1 enfants par femme (24) et une population de femmes en âge de procréer en constante augmentation (21). Si la France peut s'enorgueillir d'un taux de natalité parmi les meilleurs en Europe, elle affiche de piètres indicateurs en ce qui concerne la santé des femmes enceintes et de leurs nouveau-nés et ce malgré une succession ininterrompue de plans publics en faveur de la périnatalité depuis 20 ans. Quels facteurs pourraient expliquer les médiocres résultats français ? Ces résultats tiennent-ils de l'organisation des soins ou de pratiques médicales ? La Cour des comptes a réclamé en 2010 une analyse étiologique plus précise.

1.2.4.1 – Mortalité maternelle

La France est en 19^{ème} position européenne pour la mortalité maternelle.⁶ Il s'agit d'un résultat à interpréter avec prudence car il y a peu de décès maternels chaque année et certains petits pays peuvent n'enregistrer aucun décès au cours d'une ou plusieurs années. En outre, la plupart des décès maternels sont nettement sous-estimés dans les pays utilisant des systèmes statistiques de routine peu fiables contrairement aux systèmes d'enregistrement renforcé utilisés en France.

Ceci dit, les grossesses à risque sont indéniablement plus nombreuses. En France, le taux de femmes de plus de 35 ans atteint 19,2 % des femmes enceintes contre moins de 16% en 2003 ; une moyenne satisfaisante par rapport à ses voisins européens, mais qui marque une claire augmentation. Tout comme l'obésité, dont la prévalence passe de 7,4% en 2003 à 9,9% aujourd'hui ; un facteur de risque supplémentaire pour la santé des mères et des nouveau-nés. La France connaît par ailleurs une hausse du nombre de grossesses multiples que certains pays ont su limiter ; chiffres à mettre en lien avec l'usage des techniques d'aide médicale à la procréation. (26)

1.2.4.2 – Mortinatalité

Par ailleurs, la France a le taux de mortinatalité le plus élevé d'Europe.⁷ En effet, la France applique une politique très active de dépistage des anomalies congénitales et une pratique relativement tardive des interruptions médicales de grossesse (IMG) en comparaison aux autres pays européens. Ce piètre résultat serait donc attribuable au fort pourcentage d'IMG réalisées après 22 SA, inclus dans les taux de mortinatalité sans les distinguer des naissances d'enfants mort-nés. (26)

⁶ Taux de mortalité maternelle français en 2015 = 8 décès de mères pour 100 000 naissances, pendant la grossesse ou les 42 jours suivant sa fin

⁷ Taux de mortinatalité français en 2015 : 9,2 naissances d'enfants sans vie pour 1000 naissances totales

1.2.4.3 – Mortalités néonatale et infantiles

Un rapport du 23 janvier 2015 de la Cour des Comptes rappelait le 17^e rang mondial de la France pour la mortalité néonatale⁸, après notamment la Finlande, la Suède, l'Estonie, le Danemark et la République Tchèque. (27) La France a certes légèrement progressé depuis la précédente enquête, mais beaucoup moins que la plupart des autres pays européens, rétrogradant ainsi du 6^{ème} rang où elle se situait cinq ans plus tôt, à la deuxième moitié du classement. La France se trouve également en 12^{ème} position européenne pour la mortalité infantile⁹. (25)

1.2.4.4 – Couverture de santé des femmes et bien-être maternel global

En termes de démographie des professionnels de la périnatalité, la France ne fait pas partie des pays européens ayant la meilleure couverture de santé pour les femmes et leurs nouveau-nés. Par comparaison, les pays scandinaves ont une excellente couverture de santé des femmes et de leur nouveau-né par les sages-femmes (cf graphique 1).

Le classement du rapport publié par Save the Children en 2015 sur le bien-être maternel classe la France au 23^{ème} rang mondial sur les 179 pays analysés. Ce rapport prend en compte le risque de décès maternel, les conditions de vie des mères, le bien-être des nouveau-nés et des soins proposés à la mère en pré et post-natal, le système éducatif et la participation des femmes dans la vie politique. (28) Les pays scandinaves dominent une fois de plus ce classement.

Que l'on examine la couverture de santé pour les femmes et leurs nouveau-nés ou les performances sanitaires, la France ne se trouve jamais parmi les cinq pays ayant les meilleurs résultats. De plus, sa situation relative a eu tendance à se détériorer depuis la précédente enquête européenne qui date de 2005.

⁸ Taux de mortalité néonatale français en 2015 : 2,3 décès d'enfants entre la naissance et 27 jours révolus pour 1000 naissances vivantes

⁹ Taux de mortalité infantile français en 2015 : 3,52 décès d'enfants entre la naissance et l'âge de 1 an, pour 1000 naissances vivantes

1.3. Conclusion

La mobilité des professionnels au sein de l'Union Européenne, première puissance économique mondiale devant les Etats-Unis, est largement facilitée ; la législation encadre de manière stricte les conditions de reconnaissance des titres et qualifications professionnelles en Union Européenne. Elle rappelle néanmoins l'indépendance des États dans l'organisation de leur système d'éducation ; ils conservent la faculté de fixer le niveau minimal de qualifications nécessaire dans leur pays dans le but de garantir la qualité des prestations fournies sur leur territoire.

C'est le cas pour la profession de sage-femme, profession réglementée à compétences définies et acteur majeur de la périnatalité à l'international, dont la démographie européenne est particulièrement variable.

En France, la formation des étudiants en maïeutique est particulièrement exigeante vis à vis des normes européennes et depuis 2009, les politiques de santé publique affichent la volonté de favoriser un suivi des femmes par les sages-femmes, dont les compétences ont été élargies. Néanmoins, le mécontentement de la profession reste un sujet d'actualité depuis plusieurs années, d'autant plus que les résultats français en termes de périnatalité ne sont pas satisfaisants. La situation médiocre de la France en matière de périnatalité contraste avec sa situation sanitaire d'ensemble que l'OMS place au tout premier rang pour ses performances globales. Ce constat pose question : ces résultats sont-ils liés à l'organisation du système de santé, notamment vis à vis des professions médicales de la périnatalité ?

La mobilité européenne des sages-femmes françaises reste marginale, mais l'étude menée pourrait être l'initiation d'une réflexion sur les raisons qui expliquent un échec relatif des politiques publiques menées, notamment en examinant les systèmes de santé de nos voisins européens.

DEUXIEME PARTIE : Méthode et résultats

II.1. Méthode

Il s'agit ici d'une étude qualitative, descriptive et comparative qui découle de la question suivante : **les principes de libre circulation et de reconnaissance automatique du diplôme de sage-femme à l'échelle européenne pourraient suggérer que leur formation et leurs compétences sont harmonisées dans les différents pays de l'Union Européenne. Qu'en est-il de la réalité ?**

II.1.1. Objectifs et hypothèses

Pour tenter de répondre à la problématique annoncée, il était nécessaire d'étudier le cadre légal de la profession dans les 28 pays d'UE. Pour cela, un questionnaire, traduit en plusieurs langues, a été diffusé aux responsables de la régulation de la profession dans chacun des 28 pays de l'UE ; l'objectif principal étant de décrire et de comparer le cadre légal de la profession sage-femme dans sa formation et ses compétences.

L'objectif secondaire de cette étude était de produire un document fiable, global et synthétique permettant une réflexion sur les « bonnes pratiques » mises en œuvre au niveau européen et offrant à une sage-femme française qui souhaiterait exercer la profession de sage-femme en UE, les informations nécessaires au choix éclairé d'une destination.

Les hypothèses émises étaient :

- la formation des sages-femmes est harmonisée dans les pays d'UE ;
- les conditions d'exercice de la profession sont uniformisées dans les pays d'UE.

II.1.2. Population d'étude

La population de l'étude est constituée de personnes répondant aux critères d'inclusion suivants : personnes physiques ou morales directement impliquées au sein

d'instances nationales de régulation et/ou de représentation de la profession (gouvernementales, ordinales, associatives) ou impliquées dans l'enseignement et la formation des étudiants sages-femmes.

Critères d'exclusion : il a été demandé aux répondants de se limiter à la législation en vigueur dans leur pays au moment de l'enquête et de s'abstenir :

- de répondre au hasard en cas de doute,
- de s'avancer en traitant le sujet selon des évolutions législatives à venir,
- de traiter de pratiques en usages sur le terrain non mentionnées par la loi.

Le recrutement de la population a été déterminé par sélection préalable de personnes physiques ou morales qualifiées, au sein de listes de contacts de l'European Midwives Association (EMA), de l'ICM et de la Commission Européenne. Ces dernières ont été obtenues sur leurs sites internet respectifs. Ces choix ont été basés sur la volonté d'obtenir des résultats fiables.

II.1.3. Critères d'évaluation

Le critère d'évaluation principal était le respect par les différents pays, des normes minimales décrites par la directive européenne, de formation des étudiants sages-femmes et d'activités professionnelles essentielles pour lesquelles les sages-femmes doivent être compétentes.

Les critères d'évaluation secondaires étaient les statut et mode d'exercice des sages-femmes, l'accès à la formation continue et à la recherche pour les sages-femmes et l'existence d'un programme d'échange international pendant le cursus des études de sage-femme.

II.1.4. Technique de recueil

Les participants ont été contactés et informés de l'étude par e-mail, rédigé en Anglais (langue officielle de l'Union Européenne). Via cet e-mail, ils ont également été invités à participer à l'étude par le biais d'un questionnaire utilisant le logiciel GoogleForm.

Le questionnaire était proposé systématiquement en 7 langues : français, anglais, allemand, espagnol, italien, grec et suédois. (annexe 2) Les diverses versions ont été traduites par des personnes qualifiées et de confiance, puis relues par un tiers également compétent. (annexe 3)

Le questionnaire était majoritairement constitué de questions semi-ouvertes ; c'est à dire des questions fermées (dichotomiques ou à choix multiples) mais laissant toujours la possibilité au répondant de faire un commentaire ou d'ajouter des précisions.

L'étude a été diffusée entre le 15 novembre 2015 et le 15 janvier 2016. Les participants ont été contactés à 3 reprises : une première fois le 15 novembre 2015, puis une relance le 11 décembre 2015 puis le 6 janvier 2016 pour la majorité d'entre eux.

II.1.5. Analyse statistique

Toutes les données ont été enregistrées puis analysées à l'aide du logiciel Excel. Pour les paramètres catégoriels, les données descriptives ont été présentées en pourcentage de la modalité et comparées à l'aide de tests de X^2 (Chi carré) si besoin ; pour les rares variables quantitatives, les données ont été présentées en moyenne et écart-type et comparées à l'aide d'un test de Student.

II.2. Résultats et analyse

II.2.1 Nombre et qualité des réponses

Parmi les 29 pays contactés, des personnes représentant 23 pays ont répondu à l'enquête. Le taux global de participation est de 79%. Les pays n'ayant pas répondu sont : Chypre, la Grèce, la Hongrie, la Lettonie, la Roumanie et la Slovaquie.

Les qualités et fonctions des personnes physiques ou moral ayant participé à l'étude sont listées dans le tableau ci-dessous. La majorité des répondants correspond aux critères d'inclusion à l'étude. Néanmoins, neuf participants n'ont pas mentionné d'appartenance particulière à un organe de régulation et ou de représentation de la profession, ni être en charge de la formation des étudiants sages-femmes dans leur pays.

Par ailleurs, certains pays ont répondu plusieurs fois (Bulgarie, Espagne, France, Malte, Portugal, Suisse). Enfin, certaines réponses sont incomplètes.

Tableau 3 : Fonctions des participants à l'étude

Qualité des répondants	Organes régulateurs de la profession dans le pays concerné	Sage-femme en charge de l'enseignement dans le pays concerné	Sage-femme n'ayant pas précisé d'appartenance particulière	Aucune réponse obtenue
	France (3x)			Chypre
	Croatie	Estonie	Autriche	Grèce
	Italie	Finlande	Allemagne	Hongrie
	RU	Irlande	Belgique	Lettonie
	Suède	Luxembourg	Danemark	Roumanie
	Bulgarie (2x)	Pologne	Lituanie	Slovaquie
	Portugal (2x)	Rep. Tchèque	Pays-Bas	
	Espagne (2x)		Slovénie	
	Malte (2x)			
Suisse (2x)				

II.2.2 Organisation de la profession en Europe

Les résultats sont résumés dans un tableau situé en annexe. (annexe 4)

II.2.2.1 – Statut des sages-femmes en Europe

Dans la majorité des pays de l'étude, les sages-femmes ont le statut de professionnel médical ; dans certains pays, la profession est assimilée aux paramédicaux et parfois, il existe un statut unique de professionnel de santé. Ces divergences ne sont pas corrélées à la formation ni aux compétences des sages-femmes mais semblent dues à des visions et organisations différentes des systèmes de soins.

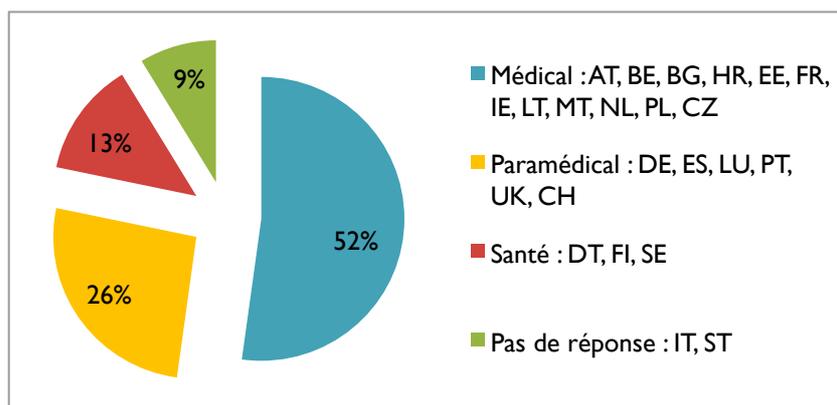


Figure 4 : Statut des sages-femmes

II.2.2.2 – Modes d'exercice des sages-femmes en Europe

Les modes d'exercice des sages-femmes varient fortement selon les pays. Concernant l'étude, le secteur public comprend les hôpitaux publics sous toutes les formes accessibles aux sages-femmes (maternités, services de gynécologie, maisons de naissances, pôles physiologiques) et les fonctions territoriales (centres de protection maternelle et infantile, centres de planning familial, services d'éducation à la sexualité) ; le secteur privé comprend les hôpitaux et cliniques privés ainsi que les plateaux techniques et maisons de naissance privés ; le secteur libéral comprend les sages-femmes indépendantes qu'elles travaillent en cabinet ou à domicile.

En Croatie et en Estonie, les sages-femmes travaillent uniquement au sein du secteur public. Ce secteur est largement prédominant dans la plupart des pays (> 90% dans 13 pays sur 20). En Irlande, les sages-femmes travaillent au sein de pôles physiologiques dirigés par leurs paires. Dans certains pays comme en Belgique, au Luxembourg ou en Suède, le secteur privé ne concerne pas ou peu les sages-femmes alors qu'il représente 40% du marché du travail des sages-femmes autrichiennes, 35% en Italie et 30% en Pologne. Dans 9 pays, les sages-femmes libérales n'existent pas ou peu (BG, HR, EE, FI, IE, LT, MT, CZ, SI) alors que le secteur libéral est le mode d'exercice prédominant en Allemagne et au Pays-Bas. En Autriche, 44,2% des sages-femmes travaillent à la fois en tant que salariées et en tant que libérales.

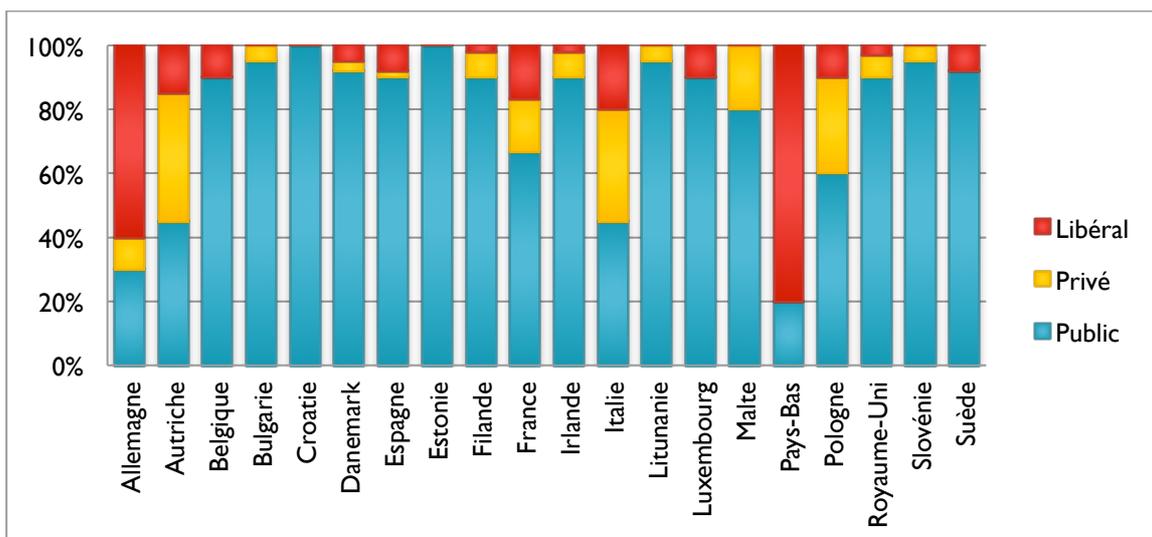


Figure 5 : Répartition approximative des sages-femmes par secteur d'activité

Au Pays-Bas, 30% des accouchements se font à domicile. Au Royaume-Uni, **l'accouchement à domicile** (AAD) se développe avec la bénédiction des autorités, de même que le plan domicile in and out (DOMINO) qui permet une sortie précoce de la maternité seulement quelques heures après l'accouchement. Dans les autres pays ayant répondu, cette pratique est minoritaire et son taux varie entre 0 et 5%.

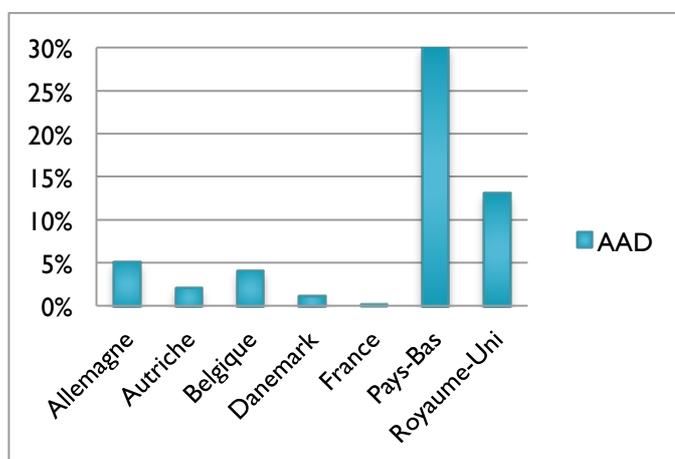


Figure 6 : Taux d'accouchements à domicile

Au Royaume-Uni et en Suède, les maisons de naissance sont communes ; elles sont publiques, intra-hospitalières et la prise en charge des parturientes y est basée sur le concept une femme = une sage-femme. En Allemagne, il y a plus de 150 maisons de naissances privées alors que les expérimentations sur le sujet commencent tout juste en France et qu'il n'en existe pas dans tous les pays. En Espagne, les maisons de naissance

sont privées et sont également ouvertes aux gynécologues-obstétriciens. En Suisse, les mutuelles encouragent leurs clientes à accoucher en maison de naissance.

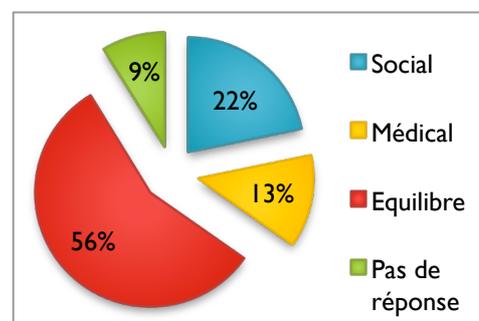
Tableau 4 : Etat des lieux des maisons de naissance

Pays	Maisons de naissance	Pays	Maisons de naissance
DE	150 privées (forfait PEC à 100%)	LT	Quelques une privées
AT	4 publiques	NL	Quelques une en cours d'expérimentation
BE	7 publiques	PL	Aucune
DK	1 privée (7 ont fermé récemment pour raisons économiques)	PT	Aucune
ES	2 privées également ouvertes aux obstétriciens	CZ	Aucune
FI	Aucune	UK	Nombreuses publiques intra-hospitalières
FR	9 privées en cours d'expérimentation	SI	En cours d'expérimentation
IE	Aucune	SE	Nombreuses publiques intra-hospitalières
		CH	21 privées (forfait PEC à 100% encouragé par les mutuelles)

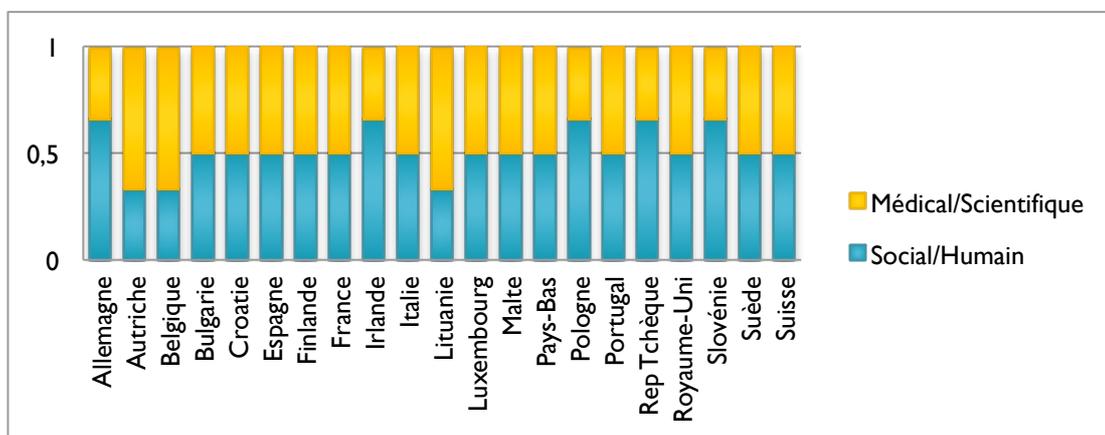
Les différents lieux de naissance sont en lien direct avec l'organisation des systèmes de santé mais également avec les attentes des populations vis à vis de leur prise en charge.

II.4.4.3 – Rôle de la sage-femme et nature des actes réalisés

Au delà du cadre d'exercice, les visions quand au rôle de la sage-femme diffèrent selon les pays. Dans la plupart des pays, les sages-femmes insistent tant sur l'importance des qualités humaines et sociales dans leur métier que sur le développement de compétences médicales et scientifiques. Parfois, un aspect prédomine par rapport à l'autre.



Figures 7 et 7 bis : Aspect prédominant du rôle de la sage-femme



Le rôle de la sage-femme et la nature de l'accompagnement du couple sont des variables très représentatives des pratiques et des attentes autour de la périnatalité dans les différents pays.

De la même manière, la nature des actes réalisés au quotidien par les sages-femmes diffère selon les pays et ce, indépendamment de l'étendue de leurs champs de compétences. En Allemagne, la profession d'auxiliaire de puériculture n'existe pas comme en France ; les sages-femmes sont chargées des soins quotidiens au nouveau-né sans pour autant négliger le domaine de l'obstétrique. En Autriche, les sages-femmes libérales font essentiellement du suivi post-natal, prenant en charge le couple mère-enfant dans sa globalité. En Slovaquie et en Pologne, les sages-femmes réalisent plus d'actes de puériculture que d'obstétrique. Au Portugal, au Royaume-Uni et en République Tchèque, les sages-femmes réalisent beaucoup de soins infirmiers, en Suède elles n'en réalisent pas du tout. Le versant gynécologique est très peu exploité en Belgique, au Pays-Bas, en Suisse et en République Tchèque.

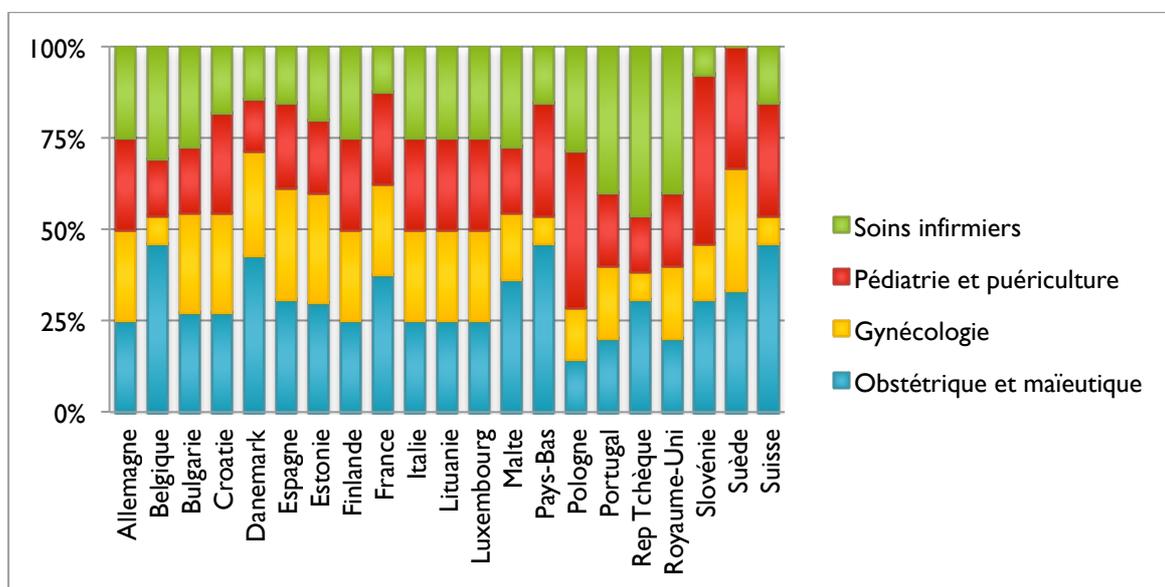


Figure 8 : Répartition approximative des champs de compétence dans la pratique quotidienne

II.4.4.4 – Obligation de développement professionnel continu et organes de régulation

L'obligation de développement professionnel continu (DPC) n'est pas mentionnée dans la directive européenne néanmoins cette obligation fait partie des textes de loi pour la majorité des pays de l'UE. L'obligation peut être annuelle (FR, IT), triennale (UK), quinquennale (BE, NL), sexennale (HR) ou septennale (SI). Elle est recommandée dans les pays suivants : DE, DK, EE, ES, LI, MT, PL, PT, SE.

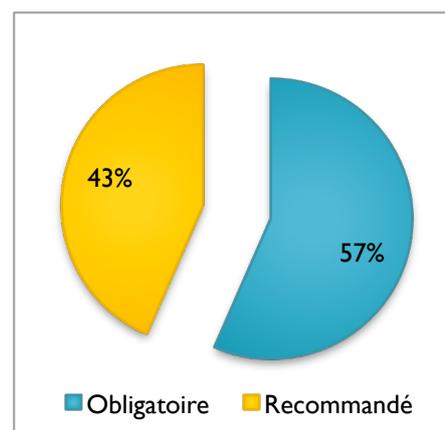


Figure 9 : Obligation de Développement professionnel continu (DPC)

En France, le Conseil National de l'Ordre des sages-femmes (CNOSF) tient le rôle d'organe de régulation de la profession et de représentation de la profession vis à vis du gouvernement et des autres professions ; c'est un organisme privé, spécifique et autonome ; il s'assure notamment du respect de l'obligation de développement professionnel continu par les sages-femmes exerçant en France. En Allemagne, en Autriche, en Croatie, en Italie et en Suisse, les sages-femmes ont également un organe de régulation spécifique et autonome.

Au sein des autres pays étudiés, les sages-femmes dépendent d'instances d'un autre genre telles que :

- des sections spécifiques au sein d'ordres des professionnels en soins infirmiers
- des branches ministérielles des ministères de la santé

La liste des organes de régulation et des associations représentatives de la profession sage-femme en UE est détaillée en annexe (annexe 5).

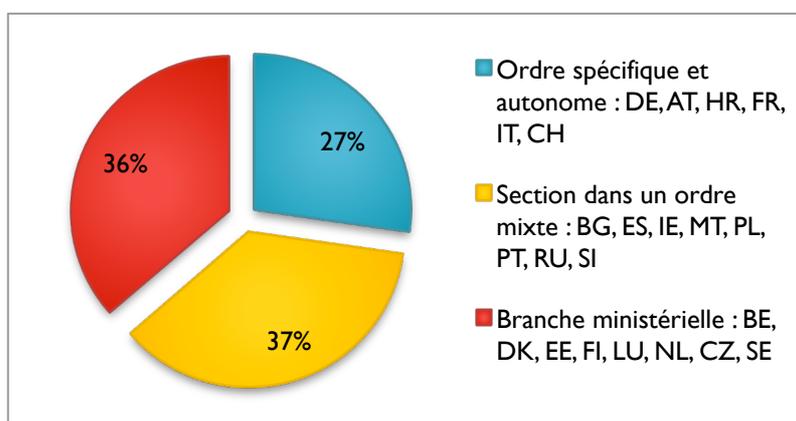


Figure 10 : Organes de régulation de la profession

II.2.3 Modalités de formations des sages-femmes en Europe

Les résultats sont résumés dans un tableau situé en annexe. (annexe 6)

II.2.3.1 – Types et durées des formations de sage-femme en Europe

Dans certains pays, le métier de sage-femme est une formation spécialisée accessible après l'obtention d'un diplôme de soins infirmiers tandis que pour une large majorité des pays étudiés, ce sont deux qualifications différentes et indépendantes. Au Royaume-Uni, en Irlande et en Suisse, les deux voies co-existent.

Il pourrait être intéressant de mettre en relation cette variable avec l'ancienneté de la profession dans le pays concerné. Par exemple, en Angleterre et au Pays de Galles, la première législation sur les sages-femmes date de 1902 ; avant cela, la sage-femme n'était ni formée, ni reconnue par l'enseignement supérieur.

Au sein des pays étudiés, la durée des formations de sage-femme varie de 3 à 5 ans (à temps plein) lorsqu'il s'agit d'une formation spécifique. Lorsqu'elle intervient après une formation en soins infirmiers, elle peut être d'une durée de 2 ans ou bien de 18 mois suivis d'une année

d'expérience professionnelle encadrée. En Allemagne et au Royaume-Uni, une année d'expérience professionnelle encadrée est obligatoire malgré le fait que la formation soit spécifique ; cette période est également appelée « compagnonnage ». Cette notion mériterait d'être mise en relation avec la quantité de stages « professionnalisants » réalisés pendant la formation dans les pays concernés.

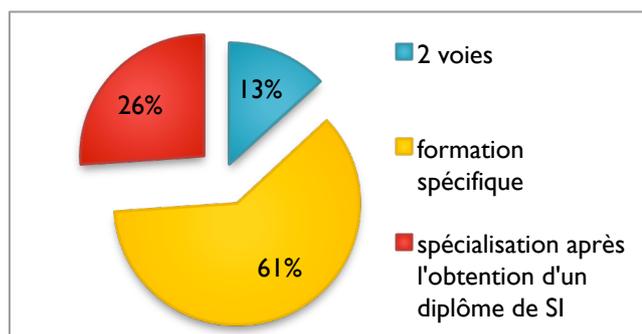


Figure 11 : Types de formations de sages-femmes

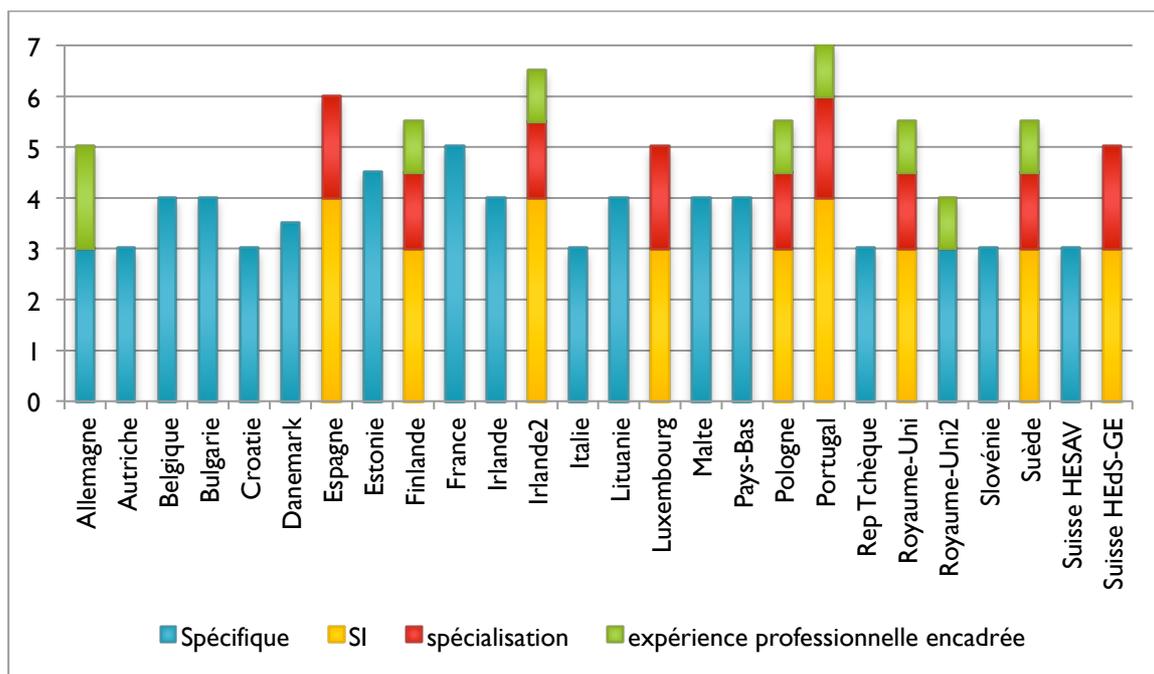


Figure 12 : durées des formations de sage-femme

II.2.3.2 – Etablissements organisant les formations de sage-femme et modalités d'admission

Une majorité des pays organise la formation des sages-femmes à l'université. Les autres pays passent par des écoles, excepté l'Estonie où les étudiants sages-femmes sont formés au sein de collèges de soins en santé et le Luxembourg où les études de sages-femmes se font au sein d'un lycée technique pour professions de santé.

L'Allemagne compte 58 écoles hospitalières de sages-femmes, le Danemark en compte 3. En France, au Pays-Bas et au Portugal, les écoles sont plus ou moins intégrées à une université. La Belgique compte 9 hautes écoles paramédicales ; une dans chaque province. En Suisse, la formation de sage-femme peut être réalisées au sein de deux écoles de santé dont les cursus sont différents : la Haute Ecole de Santé de Vaud (HESAV Lausanne) et la Haute Ecole de Santé de Genève (HEdS-GE).

L'intégration universitaire de la formation de sage-femme dans les différents pays pourrait contribuer à une meilleure communication entre les organes en charge de l'enseignement des différents pays et à une meilleure visibilité des différentes formations européennes.

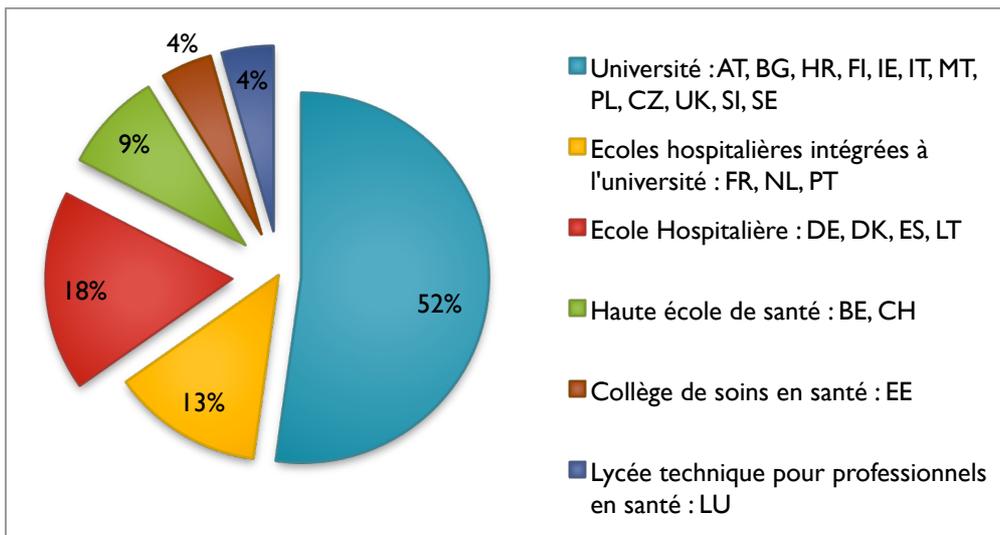


Figure 13 : Etablissements de formation des sages-femmes

L'admission des étudiants au sein de la formation de sage-femme suit différentes modalités selon les pays.

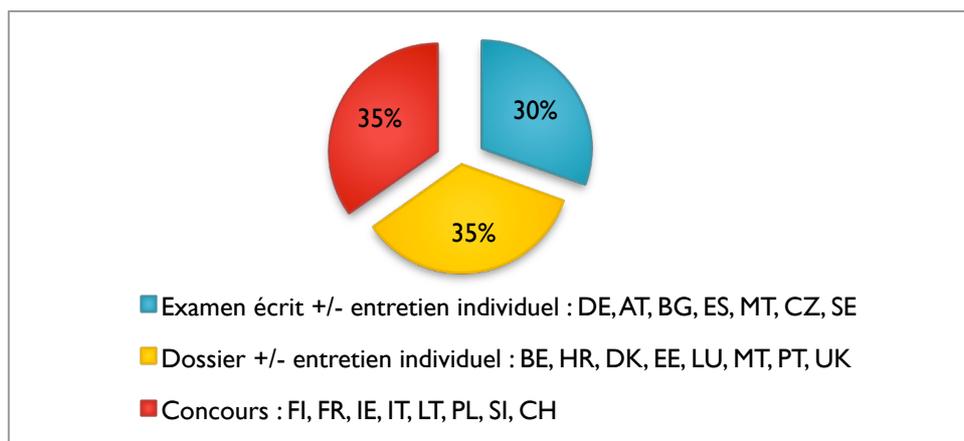


Figure 14 : Modalités d'admission dans la filière

Les places sont limitées soit par un numerus clausus, soit par les conditions techniques locales.

En Belgique, la 1^{ère} année de formation est commune avec les études en soins infirmiers. En France, la 1^{ère} année de formation est commune avec les autres professions médicales : médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentaires. En Croatie, l'enseignement secondaire doit être spécialisé mention « assistant sage-femme » ; il comprend des stages. Au Portugal, les volontaires doivent avoir exercé leur profession d'infirmier pendant au

moins 2 années avant de présenter leur candidature. En Suisse (HEsD-GE), les candidats doivent avoir suivi un enseignement secondaire spécialisé en santé ou bien valider un certificat de maturité en santé.

II.2.3.3 – Matières enseignées, répartition théorie/pratique et personnel enseignant

Concernant le programme de la formation de sage-femme, il n'est pas été étudié en détail dans cette étude. Il a néanmoins été observé que tous les pays étudiés semblent respecter l'enseignement des matières obligatoires mentionnées par l'annexe V.5.1 de la directive européenne. De plus, concernant la répartition théorie/pratique, tous les pays ayant répondu respectent la norme fixée par le texte européen à savoir au moins un tiers de la durée minimale de formation devant être consacré à la pratique clinique avec, généralement, une répartition égale entre la théorie et la pratique sur la totalité de la formation. Enfin, tous les pays semblent utiliser le « European Credit Transfer System » (ECTS).

Dans tous les cas, les sages-femmes sont impliquées dans l'enseignement dispensé aux futures sages-femmes. Dans une majorité de pays, elles travaillent en coopération avec les professionnels de santé et les professionnels des sciences humaines. En Irlande, en Pologne et en Suède, 95% de l'enseignement est assuré par des sages-femmes, mais quelques contributions peuvent être apportées par des professionnels de santé et du secteur social.

II.2.3.4 – Accès au programme Erasmus

Pour une majorité de pays, l'accès au programme ERASMUS et la mobilité internationale étudiante sont possibles. Il ne semble pas y avoir de lien entre le fait que la formation soit universitaire et l'accès au programme.

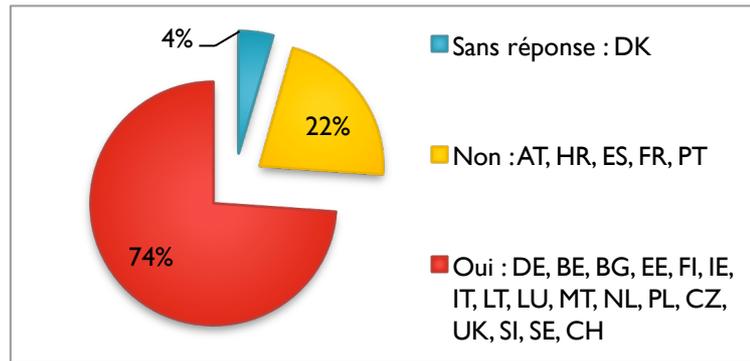


Figure 15 : Accès au programme Erasmus

II.2.3.5 – Travail de fin d'étude et diplôme obtenu

Certains diplômes sont soumis à la validation d'un travail de fin d'étude. En France, il s'agit d'un travail scientifique d'initiation à la recherche.

L'Allemagne et la France délivrent ensuite des Diplômes d'Etat. Le Luxembourg délivre un Brevet de Technicien Supérieur. Les autres pays ayant précisé le diplôme obtenu à l'issue de la formation délivrent un Bachelor scientifique of Midwifery (IE, NL, UK, CH).

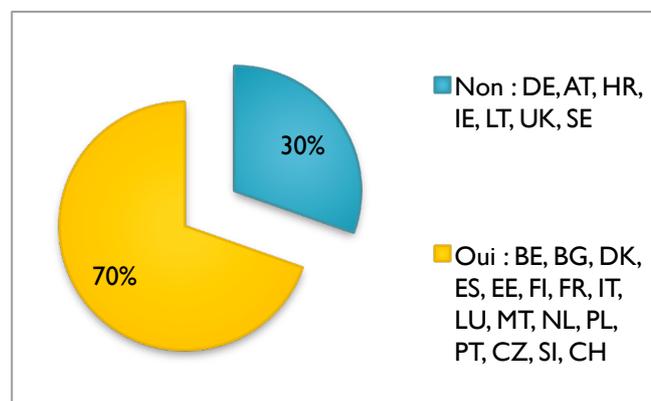


Figure 16 : Travail de recherche de fin d'études

II.2.3.6 – Accès à la voie doctorale sage-femme

L'accès à la recherche académique spécifique au domaine de la maïeutique ou de la « midwifery » est possible dans la majorité des pays européens. Les sages-femmes faisant de la recherche sont nombreuses au Royaume-Uni. La France, bien qu'ayant une des formations les plus longues, est un pays où la recherche en maïeutique est extrêmement peu développée : il est nécessaire de réaliser un master de recherche dans une autre discipline pour accéder à un 3^{ème} cycle ; par la suite, les statuts d'emploi et la reconnaissance des diplômes restent rares voire absents, rendant très difficile pour une sage-femme de concilier activité clinique et recherche.

Depuis 2009, un Master européen mention « Sciences in Midwifery » a été développé par la collaboration de 4 universités : Medizinische Hochschule de Hannover (Allemagne), Academie Verloskunde Maastrich (Pays-Bas), la Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale et Hull University (Angleterre). Il est financé par le « LifeLong Learning Program » de l'Union Européenne et est ouvert aux sages-femmes de toute l'Europe.

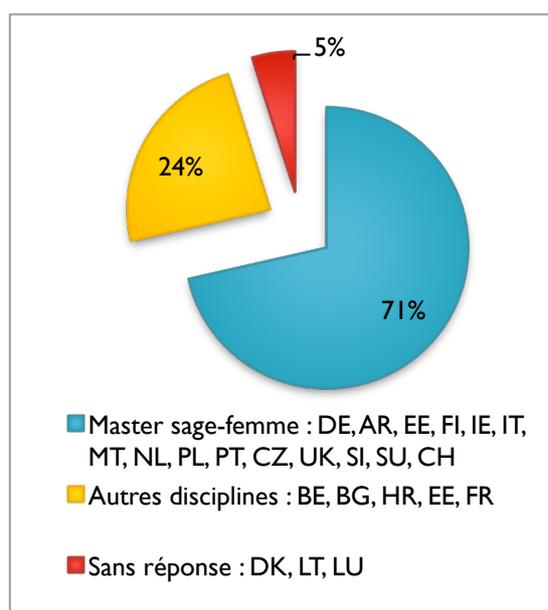


Figure 17 : Accès à la recherche

II.2.4 Compétences des sages-femmes en Europe

II.2.4.1 – Droit de prescription

Dans un premier temps, les différences dans les champs de compétences se retrouvent à travers le droit de prescription. La directive européenne fixe la norme minimale à la prescription ou conseil des examens nécessaires au diagnostic le plus précoce possible de toute grossesse à risque. Huit pays (la majorité des pays étudiés) déclarent ne pas bénéficier de cette compétence dans leur pays. Le respect des conditions

minimales repose sur la nuance que représente la notion de « conseil ».

Très large en France, le droit de prescription concerne aussi bien les médicaments, les dispositifs et les examens que les moyens de contraception et les arrêts de travail ; il est enseigné durant la formation initiale. En Irlande, il faut effectuer une « registration » au « An Board Altranais » pour avoir le droit de prescrire. Au Portugal, la prescription de médicaments n'est autorisée qu'en cas d'urgence vitale. Une sage-femme immigrante dont la formation à la prescription est en inadéquation avec les pratiques du pays d'accueil pourrait être à l'origine de cas d'erreurs de prescription gravissimes.

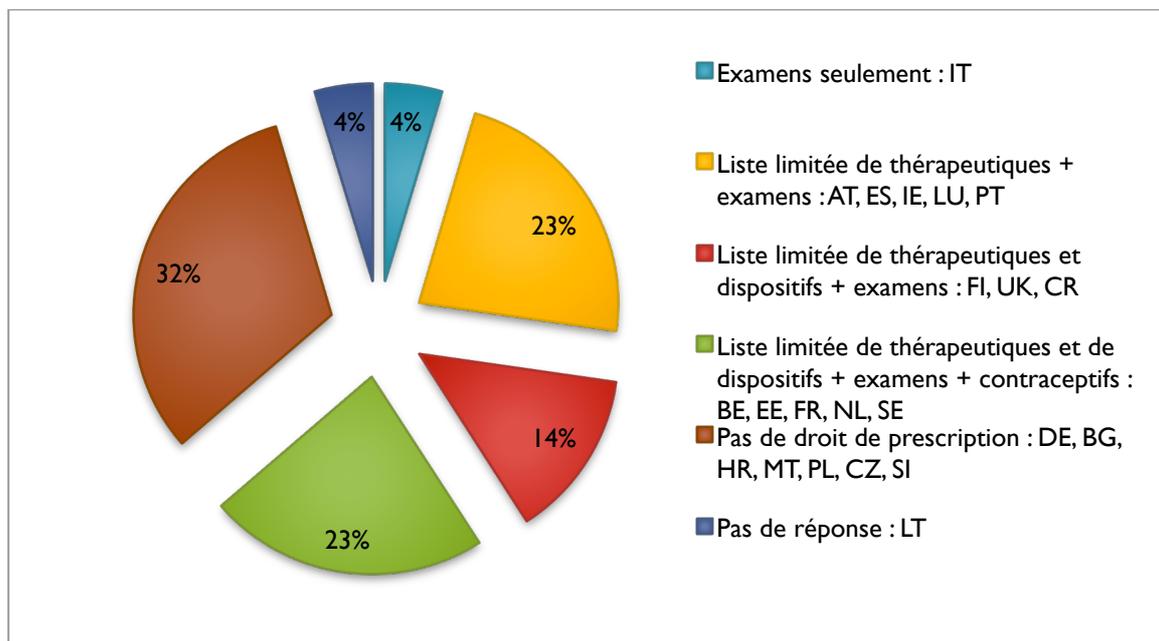


Figure 18 : Droit de prescription en Europe

II.2.4.2 – Compétences en obstétrique

Les compétences obstétricales sont résumées dans le tableau ci-dessous.

- (1) la sage-femme est le professionnel de 1^{er} recours pour le suivi des grossesses normales ; un gynécologue-obstétricien ne peut être consulté qu'en cas de facteur de risque ou de pathologie avérée
- (2) il est écrit dans les textes législatifs qu'un accouchement eutocique doit être réalisé par une sage-femme mais le médecin doit être présent
- (3) l'acte n'est pas remboursé à 100% pour un accouchement réalisé par une sage-femme

(4) le médecin doit être présent

Tableau 5 : Compétences obstétricales des sages-femmes en Europe

	DE	AT	BE	BG	HR	ES	EE	FI	FR	IT	IE	LT	LU	MT	NL	PL	PT	CZ	UK	SI	SE	CH
Diagnostic de la grossesse	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	0	-	0	-	0	0
Suivi de grossesse	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	1	0	0	0	1	-	1	0
Echographie obstétricale	-	-	-	-	-	-	-	0	0	-	0	-	-	-	0	0	-	-	0	-	0	-
PNP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Urg. obstétricales	-	-	0	0	0	0	-	0	0	-	0	-	-	0	0	-	0	-	0	-	0	0
Surveillance du travail	0	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
pH scalp	-	-	-	-	-	0	0	-	0	-	-	-	-	0	-	-	-	0	0	0	-	-
Accouchement eutocique	2	0	3	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Accouchement par le siège	-	-	-	-	0	-	-	0	0	-	-*	-	-*	-	-*	0	-	-	0	0	0	-
Ventouse	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Forceps	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Césarienne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Episiotomie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Suture	-	0	-	0	0	0	-	0	0	-	0	0	0	-	0	0	0	0	-	-	0	0
Délivrance	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DA RU	-*	-	-*	-	0	-	-	-	0	-	-*	-	-*	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Surveillance du post-partum	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Surveillance à domicile du post-partum	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Consultation post-natale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-	0	-	0	-	-	-	0	0
Rééducation périnéale	0	0	0	-	0	0	0	0	0	0	-	-	0	0	0	-	0	-	0	-	0	0
Conseil à l'allaitement	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

o = acte qu'une sage-femme est habilitée à réaliser dans le pays concerné

- = acte qu'une sage-femme n'est pas habilitée à réaliser dans le pays concerné

* = acte autorisé uniquement en cas d'urgence vitale

La directive européenne fixe la norme minimale notamment concernant les compétences suivantes : diagnostic de la grossesse, surveillance de la grossesse normale, établissement d'un programme de préparation des futurs parents à leur rôle et à l'accouchement, assistance de la parturiente pendant le déroulement du travail en surveillant l'état du fœtus in utéro par les moyens cliniques et techniques appropriés, pratique de l'accouchement normal, pratique de l'épisiotomie si besoin, accouchement par le siège et délivrance artificielle en urgence ainsi que surveillance des suites de couches.

Dans un premier temps, il est observé que ces conditions minimales ne sont pas toujours respectées. Quatre pays déclarent que le diagnostic d'une grossesse ne fait pas partie des compétences des sages-femmes. Au sein de deux pays, les sages-femmes ne sont pas chargées du suivi de grossesse alors que dans trois autres pays, les sages-femmes sont les professionnels de premier recours pour le suivi des grossesses normales.

Deux pays déclarent leurs sages-femmes non compétentes pour la surveillance du travail. D'ailleurs, dans certains pays, la surveillance du travail par les sages-femmes correspond uniquement au travail spontané de déroulement normal et ne prends pas en compte les formes de déclenchement telles que la rupture artificielle des membranes, l'administration d'ocytocine ou la maturation cervicale. Par ailleurs, le toucher vaginal, l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal et la tenue du partogramme ne sont pas systématiques pendant le travail. De plus, différentes techniques de prise en charge de la douleur s'opposent. Toutes ces différences impactent fortement la surveillance du travail et la encore, le rôle de la sage-femme ainsi que le temps passé aux côtés de la parturiente diffèrent selon les pays.

Les sutures des épisiotomies ou des déchirures sont majoritairement de la responsabilité de la sage-femme ayant réalisé l'accouchement, néanmoins dans certains pays, un médecin est appelé. La délivrance artificielle et/ou la révision utérine ne sont pas réalisées par des sages-femmes exceptées en France et en Croatie. Les compétences particulières telles que l'échographie obstétricale et la rééducation périnéale ne sont pas abordées dans la directive européenne. Selon les pays, ces actes ne font pas toujours partie de la prise en charge « classique » d'une grossesse et ne font pas toujours partie du champs de compétence des sages-femmes. L'accompagnement et la promotion de l'allaitement maternel par les professionnels de santé se fait dans tous les pays, de manière plus ou moins soutenue.

II.2.4.3 - Compétences en soins généraux et compétences gynécologiques

Les compétences en soins généraux et les compétences gynécologiques sont résumées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 6 : compétences en soins généraux et compétences gynécologiques

	DE	AT	BE	BG	HR	ES	EE	FI	FR	IT	IE	LT	LU	MT	NL	PL	PT	CZ	UK	SI	SE	CH
Prises de sang, perfusion, pansements	-	-	O	-	-	O	-	O	O	O	O	O	O	-	O	-	O	-	O	-	O	O
Vaccination préventive des femmes	-	-	O	O	-	O	O	O	O	O	-	-	-	-	-	-	O	-	O	-	O	-
Contraception prescrite	-	-	O	-	-	-	O	-	O	-	-	-	-	-	O	-	-	-	-	-	O	-
Pose/retrait DIU/implant	-	-	-	-	-	-	-	-	O	-	-	-	-	-	O	-	-	-	O	-	O	-
FCV	-	-	O	-	O	O	O	O	O	O	-	-	O	O	-	-	-	-	O	-	O	-
Education à la sexualité, prévention en écoles	O	-	-	O	O	O	O	O	O	O	-	-	-	-	O	-	O	O	O	O	O	-
IVG méd.	-	-	-	-	-	-	-	O	I	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	O	-
Examen des seins	-	-	O	O	-	O	O	O	O	O	-	-	O	O	O	-	O	-	O	O	-	-

o = acte qu'une sage-femme est habilitée à réaliser dans le pays concerné

- = acte qu'une sage-femme n'est pas habilitée à réaliser dans le pays concerné

* = acte autorisé uniquement en cas d'urgence vitale

(I) l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse fera partie des compétences des sages-femmes dès parution des textes d'application de la Loi de Modernisation du Système de Santé

Concernant les soins généraux, la directive européenne fixe la norme minimale à la pratique des soins prescrits par un médecin, sans précision supplémentaire. Le développement qu'a connu la médecine ont eu pour conséquence d'étendre le champ d'activité de la sage-femme et d'exiger d'elle des connaissances indispensables en soins infirmiers. Certains pays déclarent que les prises de sang, perfusions et pansements ne font pas partie des compétences attribuées aux sages-femmes. Ces déclarations ne coïncident pas avec le positionnement pris précédemment par les pays concernés à propos de la

répartition des champs de compétences dans la pratique quotidienne. Ces discordances pourraient être dues notamment à des définitions différentes du « soins ».

Concernant les compétences en gynécologie, la directive européenne mentionne uniquement la bonne information et le conseil en matière de planification familiale. Il est observé de fortes disparités entre les pays étudiés concernant ce domaine de compétences, vaguement abordé dans le texte européen.

II.2.4.4 - Compétences en pédiatrie et soins de puériculture

Les compétences sont résumées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 7 : compétences pédiatrie et puériculture

	DE	AT	BE	BG	HR	ES	EE	FI	FR	IT	IE	LT	LU	MT	NL	PL	PT	CZ	UK	SI	SE	CH
Examen de naissance du nouveau-né	-	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	-	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
Réanimation néonatale si nécessaire	-	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	-	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
Prélèvements sanguins du nouveau-né	-	-	o	o	o	o	o	o	o	o	o	-	-	o	-	o	o	-	o	o	o	o
Prescription de médicaments au NN	-	-	-	-	-	-	-	-	o	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	o
Administration de médicaments au NN	o	-	o	-	-	o	o	o	o	o	-	o	o	-	-	-	o	-	-	-	o	o
Vaccination du NN	o	-	o	-	-	o	o	o	-	-	-	-	-	o	o	o	o	-	-	-	o	-
Soins : bain, pesée, soins du cordon	o	o	o	-	o	o	o	o	-	o	o	-	o	o	o	o	o	-	o	o	o	o
Accompagnement et prévention (alimentation, maltraitance, mort subite)	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	-	o	o	o	o

o = acte qu'une sage-femme est habilitée à réaliser dans le pays concerné

- = acte qu'une sage-femme n'est pas habilitée à réaliser dans le pays concerné

* = acte autorisé uniquement en cas d'urgence vitale

Concernant les compétences en pédiatrie et en puériculture, la directive européenne mentionne l'examen, les soins et en cas de besoin la réanimation immédiate du nouveau-né.

II.2.5 Conclusion

Les aspects de la profession étudiés en premier lieu (statut, modes d'exercice, lieux de naissance, rôle de la sage-femme, développement professionnel continu) ne sont pas abordés dans la directive européenne ; de ce fait, ils sont extrêmement hétérogènes en Europe. La comparaison des situations d'exercice professionnelle est une chose complexe. La notion d'exercice intègre de nombreux facteurs qui n'ont pas été pris en compte dans cette étude : situation de l'emploi, reconnaissance sociale et financière de la profession, modes de vie et de travail...

Les différentes formations étudiées dans les pays européens semblent toutes conformes aux normes minimales décrites par la directive européenne. Néanmoins, les résultats de l'étude dénotent une certaine hétérogénéité de recrutement, de durée et d'encadrement de la formation (formation universitaire ou non, accès au programme Erasmus, travail de fin d'études). Ces résultats sont d'autant plus parlants qu'ils ne prennent en compte que des variables générales, sans s'intéresser en profondeur au programme de formation et aux outils pédagogiques utilisés.

Enfin, concernant les champs de compétences des sages-femmes selon les pays, il est observé une forte hétérogénéité et ce, quelque soit le domaine étudié. C'est notamment le cas pour le droit de prescription et les compétences dans le domaine de la gynécologie préventive. Les normes minimales décrites par la directive européenne ne semblent pas toujours respectées dans le domaine de l'obstétrique particulièrement. Rappelons néanmoins que les champs de compétences autorisées par la législation du pays concerné ne sont pas exactement à l'image de la prise en charge des femmes, du rôle et de la réalité pratique des sages-femmes au quotidien et ne permettent pas de dégager les tendances des différents pays à ce sujet. La pratique des différents gestes dépend essentiellement du type d'activité et du lieu d'exercice de la sage-femme et varie au sein même d'un pays.

Quoi qu'il en soit, ces résultats sont en lien avec l'indépendance laissée par la directive européenne aux Etats dans l'organisation de leur système d'éducation et de santé.

Globalement, le métier de sage-femme dans les différents pays étudiés relève des mêmes domaines que sont la périnatalité, le soin et l'accompagnement ; l'objectif est le même : une prise en charge des femmes et de leur famille satisfaisante et en constante amélioration. Les différences que l'on observe entre les pays concernant l'organisation de la profession, de la formation et la pratique des sages-femmes renvoient à des différences profondes : d'une part sur la définition des professions, la nature des savoirs professionnels et l'organisation des systèmes de soins, d'autre part sur la « philosophie » des soignants et des usagers concernant la périnatalité et en particulier l'accouchement.

TROISIEME PARTIE : Discussion et propositions

III.1. Points forts et limites de l'étude

II.3.1 Points forts de l'étude

L'étude considère aussi bien la formation que les compétences de la profession en Europe ainsi que la réalité pratique des sages-femmes dans de nombreux pays. Ceci permet une comparaison globale.

La représentativité des répondants peut être considérée comme bonne (79% de réponses) même si certains pays ont échappé à l'étude. L'échantillonnage des personnes interrogées aurait pu être élargi mais aurait demandé une recherche d'intervenants trop chronophage dans le cadre de ce mémoire.

La méthode employée présente des faiblesses ce qui peut avoir des incidences sur les résultats. Cependant, les résultats obtenus sont proches de l'étude de 2010 du conseil national de l'ordre des sages-femmes « étude des régulateurs européens de sages-femmes » et les différences constatées proviennent des évolutions de la profession au sein des pays étudiés. (4) Par ailleurs, les résultats concordent avec les informations recueillies sur les sites internet officiels des régulateurs de la profession et à la lecture des différentes sources bibliographiques. (annexe 3)

II.3.2 Limites de la méthode et difficultés rencontrées

Il est important de différencier la réalité pratique d'exercice de la profession sage-femme du cadre législatif de la profession. Malgré l'utilité et l'importance de connaître les deux versants de la profession, il a fallu cibler l'étude pour qu'elle soit réalisable avec les moyens disponibles. Il a paru logique d'étudier le cadre législatif pour dans un second temps pouvoir s'intéresser à la réalité pratique tout en ayant un regard averti. L'étude du seul versant législatif de la profession est une limite de l'étude.

L'étude s'intéresse à la législation encadrant la formation, la pratique et les compétences des sages-femmes de manière à pouvoir donner un aperçu global de la profession dans les différents pays. Cette globalité a été préférée, au détriment de

l'approfondissement d'un domaine en particulier. Ainsi, il manque parfois des informations pour pouvoir tirer des conclusions. C'est une limite de l'étude.

La mobilité de la profession s'observe partout dans le monde et la diversité des systèmes de santé présente un intérêt. Pour autant, il a fallu choisir un périmètre d'étude raisonnable vis à vis des moyens disponibles. L'étude est axée sur le continent européen pour des questions d'accessibilité et de similitudes dans les cultures et systèmes de santé. Le droit établi par la directive européenne s'applique aux ressortissants de l'UE, de l'Espace Economique Européen¹⁰ (EEE) et de la Suisse. Par mesure de restriction et de faisabilité tout en souhaitant favoriser l'exhaustivité, il a été choisi d'inclure dans l'étude les 28 pays d'Union Européenne ainsi que la Suisse. L'inclusion de la Suisse et non de l'Islande, du Liechtenstein et de la Norvège s'explique par le fort taux de mobilité des sages-femmes françaises en Suisse que l'on ne retrouve pas forcément pour les autres pays concernés. La restriction du périmètre étudié est une limite de l'étude.

L'étude fut contrainte par un certain nombre de difficultés méthodologiques rencontrées :

- La volonté originelle était d'étudier les textes nationaux dans chaque pays de manière à limiter les biais et à s'assurer de la fiabilité des résultats. La première difficulté rencontrée fut l'impossibilité d'utiliser un logiciel de traduction sur des textes législatifs. La méthodologie a alors été adaptée.
- La traduction du questionnaire en plusieurs langues fut également compliquée ; parallèlement à la recherche de contacts adaptés à l'envoi des questionnaires, il fallait rechercher des traducteurs fiables et disponibles. Certaines traductions ont du être abandonnées en cours de route.
- Les réponses aux questionnaires ont été parfois incomplètes ou tardives. Un travail de relances et de recherche de nouveaux contacts a été mené. Au final, plus de 110 personnes ont été contactées. Des réponses nominatives auraient pu faciliter ce travail de même que l'envoi préalable du questionnaire à un échantillon-test afin d'anticiper les questions posant des difficultés.
- Parfois, plusieurs réponses ont été enregistrées pour un même pays sans être concordantes, un travail de vérification a alors été effectué. Lorsque les recherches

¹⁰ Union économique rassemblant les 28 pays d'Union Européenne, l'Islande, la Norvège et le Liechtenstein.

n'ont pas donné satisfaction, il a alors été considéré que les réponses n'étaient pas fiables et n'ont pas été prise en compte dans les résultats.

II.3.2 Limites des résultats

Concernant le contenu des réponses, le taux de réponse n'étant pas de 100% et certaines réponses étant incomplètes, l'étude perd son caractère d'exhaustivité.

Par ailleurs, il faut tenir compte d'éventuels biais de traduction et d'interprétation des questions mais également des réponses. Il faut également envisager l'effet Hawthorne, c'est à dire que les gens observés peuvent se comporter différemment. De ce fait, il peut y avoir des réponses non conformes à la réalité.

III.2. Retour sur les hypothèses

Les hypothèses étaient :

- la formation des sages-femmes est harmonisée dans les pays d'Europe ;
- les conditions d'exercice de la profession sont uniformisées dans les pays d'Europe.

Concernant la formation, il est constaté une conformité aux normes minimales décrites par la directive européenne mais également une grande hétérogénéité de durée et de contenu. La première hypothèse est donc infirmée.

Concernant les compétences et la pratique professionnelle, une grande hétérogénéité existe également. La seconde hypothèse est également infirmée.

Les principes de libre circulation et de reconnaissance automatique du diplôme de sage-femme à l'échelle européenne pourraient suggérer que leur formation et les conditions d'exercice de leur profession sont harmonisées dans les différents pays de l'Union Européenne. En réalité, ce n'est pas le cas.

III.3. Propositions

La procédure de reconnaissance automatique a facilité une certaine mobilité des sages-femmes européennes et encouragé une meilleure coopération des autorités compétentes pour une prise en charge de la santé des femmes et des nouveau-nés satisfaisante. Néanmoins, on constate de larges disparités dans l'organisation des formations de sage-femme, dans l'étendue de leurs champs de compétences ainsi que dans la nature de leur exercice au quotidien.

Comment assurer la qualité de la prise en charge des femmes et de leurs familles au niveau européen ? Ces disparités sont-elles à l'origine des taux contrastés de mortalité néonatale au sein des pays européens, notamment en France dont les résultats sont insatisfaisants ? Il conviendrait d'analyser les facteurs de disparités des résultats, leurs liens avec les différences culturelles et les politiques menées ; puis si cela paraît pertinent, d'adopter des « bonnes pratiques » ayant cours dans d'autres pays européens.

III.3.1. Revoir la directive pour assurer une meilleure prise en charge des femmes en Europe

Pour une prise en charge de qualité des patientes, la directive européenne pourrait être révisée. Il s'agirait d'une part d'ajouter certains critères essentiels aux normes minimales européennes de formation et d'exercice des sages-femmes ainsi qu'aux conditions de mobilité européenne.

Concernant le champ de compétences des sages-femmes, la directive européenne présente les activités professionnelles minimales auxquelles les sages-femmes doivent accéder et être en capacité d'exercer mais elle ne précise pas pour chaque situation la notion d'autonomie et de responsabilité. De plus, elle n'aborde pas l'obligation de développement professionnel continu qui semble essentielle à l'exercice d'un métier de la santé en constante évolution. Enfin, la notion de prescription ou de conseil d'exams nécessaire au diagnostic de toute grossesse à risque gagnerait à être détaillée.

Dans une optique d'élargissement des compétences des sages-femmes, la directive pourrait associer la notion de suture à celle d'épisiotomie déjà mentionnée, ainsi que les compétences en contraception et gynécologie de prévention associées aux notions d'information et de conseil en matière de planification familiale déjà mentionnées dans la directive. Néanmoins, l'élargissement de ces compétences doit être associée à une formation adéquate.

Concernant la formation des sages-femmes, l'annexe V.5. énumère une liste de tâches cliniques et de connaissance théoriques globales que les sages-femmes doivent maîtriser et posséder. Il s'agirait de proposer une approche basée sur les compétences. De plus, il n'y a pas de notion de travail de fin d'études d'initiation à la réflexion scientifique et à la recherche.

Concernant les conditions de mobilité internationale, on peut noter que des capacités linguistiques suffisantes pour garantir la sécurité des patientes ne sont pas une condition requise à l'obtention de l'équivalence pour exercer dans tous les pays étrangers. Il pourrait également être intéressant d'envisager la mise en place de stages d'adaptation et/ou d'épreuves d'aptitude. Le stage d'adaptation est l'exercice de la profession au sein de l'Etat d'accueil sous la responsabilité d'un professionnel et faisant l'objet d'une évaluation.

Enfin, la directive européenne pourrait encadrer la régulation de la profession en Europe par la définition des caractéristiques et des missions minimales des instances de régulation.

III.3.2. Promouvoir la mise en place d'un système de santé centré sur la femme

Outre les modifications à apporter à la directive européenne, rappelons que l'UNFPA, l'OMS et l'ICM préconisent des modèles de soins centrés sur la femme et dirigés par des sages-femmes soutenues par une équipe d'auxiliaires et de médecins. De tels modèles ont démontré leur avantage qualitatif et leur intérêt économique par rapport aux modèles de soins médicalisés comme celui de la France. Les investissements dans la

formation des sages-femmes, avec un déploiement dans les services à base communautaire, pourraient rapporter 16 fois le montant investi en termes de vies sauvées et de césariennes évitées. Investir dans les sages-femmes libérerait les médecins, le personnel infirmier et les autres catégories d'agents de santé qui pourraient alors se concentrer sur d'autres besoins de santé. (8)

En France, la Cour des comptes recommande notamment de redéfinir les pratiques, conditions d'exercice et les responsabilités des divers professionnels de santé (obstétriciens, pédiatres, sages-femmes, puéricultrices) intervenant dans les maternités publiques et privées en vue d'une utilisation optimale des moyens. (27)

Néanmoins, au delà des moyens financiers qu'elle demande, cette voie nécessite des changements culturels et organisationnels dont l'un des points majeurs est la prise en compte du point de vue des usagers.

III.3.3. Etudier la dimension culturelle des pratiques obstétricales dans les pays et la place de la femme dans les sociétés

Promouvoir la mise en place d'un système de santé centré sur la femme demande des préalables. Pour susciter l'adhésion de réformes, il conviendrait de répondre à d'autres réflexions sur les politiques publiques européennes ; notamment étudier les différences culturelles dans la prise en charge de la maternité, les pratiques obstétricales en vogue dans les pays, leurs liens avec les attentes des parents et avec la place de la femme dans la société.

Les facteurs de disparité des résultats des pays dans le domaine de la maternité peuvent effectivement être liés à des différences d'organisation des systèmes de soin, liées à des approches obstétricales diverses et à des différences dans la place de la femme et de la maternité dans la société.

Prenons le cas français. En France, l'obstétrique s'est construite historiquement autour d'une conception de l'accouchement comme situation à risque vital pour la mère et l'enfant. Selon le Haut Comité de Santé Publique, l'obstétrique est une activité d'urgence

“dans la mesure où les accouchements ne sont pas programmés et les complications obstétricales encore moins”. En France, une médicalisation importante de la prise en charge des femmes enceintes est constatée. (29) Les échographies obstétricales de dépistage sont systématiquement recommandées. La sage-femme a une autonomie pleine et entière dans l’exercice de ses compétences mais les naissances sont concentrées dans des maternités de type 3 où une sage-femme doit gérer plusieurs parturientes simultanément. Les tâches sont réparties entre les différents membres du personnel ; la prise en charge du couple mère-enfant est considérée comme moins globale que chez certains voisins. (29) La France est l’un des pays, peut-être même LE pays, où la pratique de la péridurale est la plus fréquente avec un taux de 77% des femmes accouchant par voie basse concernées. (30) Le taux de césariennes atteint 21% et classe la France au 6ème rang européen après la Suède, la Finlande, les Pays-Bas, la Belgique et la Slovénie. Or il a été démontré que le taux de mortalité néonatale est trois fois supérieur lors d’un accouchement par césarienne que lors d’un accouchement par voie naturelle, qu’il s’agisse d’une grossesse à risque ou non. Concernant le taux de prématurité, la France se place au 10^{ème} rang européen avec un taux de 6,6% de naissances vivantes prématurées, après notamment l’Irlande, l’Estonie, la Finlande et la Suède. (26)

Ces taux en augmentation sont attribuables à de multiples causes, notamment la hausse de l’âge maternel, l’augmentation du taux d’obésité, du tabagisme et du nombre de grossesses gémellaires mais aussi aux protocoles des maternités françaises, établis pour le bien des patientes mais qui laissent peu de place à leurs choix. D’ailleurs, les femmes enceintes françaises seraient moins actrices de leur prise en charge et plus dépendantes des professionnels de santé que dans d’autres pays européens (31).

Il est certain qu’une partie des décès infantiles en France pourraient être prévenus par des modifications culturelles autour de la grossesse. Par exemple, le pourcentage de françaises qui fument pendant leur grossesse est un des plus importants en Europe ; l’Inserm l’estime à 17%, contre 5% en Suède. (26) Le tabagisme augmente le risque de prématurité et de mort subite du nourrisson. D’ailleurs, la France se situe parmi les pays enregistrant les plus forts taux de syndrome de mort subite du nourrisson, taux nettement plus élevés qu’au Royaume-Uni, en Suède et en Norvège.

Concernant l'allaitement maternel, considéré comme à l'origine d'importants avantages nutritionnels et immunologiques pour les nouveau-nés, les recommandations varient considérablement entre et au sein des pays ; cependant, il y a un consensus général sur ses avantages pour l'enfant. La France est non seulement l'un des pays d'Europe où le taux d'initiation de l'allaitement maternel à la naissance est l'un des plus bas mais également l'un des pays où les mères qui choisissent d'allaiter leur enfant le font le moins longtemps. La Norvège, la Suède, l'Italie, la Suisse, la Turquie, le Danemark, l'Allemagne... tous affichent un taux d'allaitement maternel initial supérieur à 85%. (26) Dans certains pays, la question de l'allaitement maternel ne se pose pas ; c'est une évidence. (31) Le succès initial de l'allaitement maternel semblerait dépendre non seulement des professionnels de soin rencontrés pendant la grossesse et le post-partum mais également des politiques de santé publique en vigueur à ce moment-là. Exemple intéressant, le succès de la promotion de l'allaitement maternel en Norvège repose sur la revendication de la notion du droit à allaiter son enfant (et non sur celle du devoir), associée à un congé parental suffisamment long (10 à 12 mois). (32) Généraliser l'allaitement maternel sauverait plus de 800 000 enfants dans le monde chaque année.

III.3.4. Promouvoir une vision multiculturelle de la maïeutique

Pour être appropriée par les acteurs (parents et soignants), les évolutions autour du moment de la naissance doivent respecter la dimension culturelle de chaque pays dans son approche de l'obstétrique et les attentes des parents. Il ne semble donc pas approprié d'encourager l'harmonisation du métier de sage-femme en Europe, au-delà des mesures de révision de la directive européenne citées en III.3.1. Néanmoins, ces visions différentes autour de la maternité, chacune à l'origine d'évolutions positives dans la prise en charge des femmes, sont d'une richesse particulière pour la formation des sages-femmes.

Une mobilité internationale pendant les études de sages-femmes permettrait :

- d'encourager l'ouverture d'esprit et la tolérance et de développer les capacités de réflexion et d'adaptation des futurs professionnels quant à leurs propres pratiques
- de développer des compétences linguistiques, d'améliorer le sens de l'initiative et de l'autonomisation chez les étudiants

- d'améliorer la communication entre les centres de formation ayant pour conséquence une transparence accrue et une meilleure visibilité des organisations de la profession dans les différents pays.

Cette mobilité peut notamment s'envisager par le biais d'un programme d'échanges universitaires tel que le programme ERASMUS et pour cela, une implication des acteurs nationaux des pays européens en faveur de l'intégration universitaire de l'enseignement de la maïeutique.

CONCLUSION

La procédure européenne de reconnaissance automatique des titres de formation a facilité une certaine mobilité des sages-femmes, acteur majeur de la périnatalité à l'international, au sein de la première puissance économique mondiale. Néanmoins, les politiques de santé européennes ne sont pas homogènes et la profession de sage-femme ne fait pas exception.

En France, la formation des étudiants en maïeutique est particulièrement exigeante vis à vis des normes européennes. Cependant, la situation médiocre de la France en matière de périnatalité contraste avec sa situation sanitaire d'ensemble que l'OMS place au tout premier rang pour ses performances globales alors que les taux de mortalité maternelle et infantile mondiaux se situent à leur niveau le plus bas de l'histoire.

Cela pose question sur les politiques publiques des États et leur efficacité. Différentes pistes devraient être explorées au niveau européen pour contribuer à l'amélioration de la prise en charge de la maternité. Il conviendrait notamment d'analyser les facteurs de disparités des résultats, leurs liens avec les différences culturelles et les politiques menées et si cela paraît pertinent, d'adopter des « bonnes pratiques » ayant cours dans d'autres pays européens. Un perfectionnement de la formation initiale des sages-femmes dans certains pays, porté par une révision des textes européens pourrait être la première étape d'une évolution européenne des pratiques périnatales. La promotion d'une coopération et d'une mobilité européenne sont également essentiels.

À terme, la réforme des systèmes de santé périnatale pourrait être envisagée, afin de laisser place à un modèle de soins centré sur les femmes prises en charge par les sages-femmes, dans le respect de la dimension culturelle de chaque pays.

Cette étude gagnerait à être élargie à des pays non européens : Canada, Etats-Unis, pays d'Asie, pays d'Afrique. En effet, dans des sociétés de plus en plus internationalisées, la prise en compte de cultures et pratiques différentes, gage d'efficience, ne peut se limiter à l'univers européen strict.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. Sages-femmes : aperçu de législation sanitaire comparée. Genève. 1954. 5, 439-490
2. Cirotte C. La formation des sages-femmes dans l'Union Européenne. Clermont-Ferrand. 2007. Mémoire en vue du diplôme d'Etat de sage-femme.
3. NMC. Survey of European Midwifery Regulators. May 2009.
4. CNOSF. Survey of European Midwifery Regulators. Second Issue. February 2010.
5. NEMIR. Livre Vert à l'attention de la Commission Européenne. Moderniser la directive sur la reconnaissance des qualifications professionnelles. 2011.
6. Parlement Européen. Directive Européenne n° 2013/55/UE du Parlement Européen et du Conseil relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et le règlement concernant la coopération administrative par l'intermédiaire du système d'information du marché intérieur. JO UE n°L301 du 28 décembre 2013. p. 132
→ 6 bis - Parlement Européen. Directive Européenne n° 2005/36/CEE du Parlement Européen et du Conseil relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles. JO UE n°L255 du 30 septembre 2005. p. 22
7. SoWMy. Delivering Health, Saving Lives. State of the World's Midwifery, report 2011
8. SoWMy. A Universal Pathway. A woman's right to health. State of the World's Midwifery, report 2014.
9. The Lancet. Midwifery and quality care : findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. September 2014 ; 384 (9948) : 1129-45
10. Eurostat Database. Sélection des jeunes femmes en âge de procréer dans les 28 pays de l'Union Européenne au 1^{er} janvier 2015. [Consulté le 16 octobre 2015]. Disponible sur : <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>
11. Ined Database. Populations, naissances, décès en Europe et pays développés en 2014. [Consulté le 16 octobre 2015]. Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/europe-pays-developpes/population-naissances-deces/>
12. Commission Européenne Database. Mobilité des professions réglementées : sages-femmes. [Consulté le 25 novembre 2015]. Disponible sur :

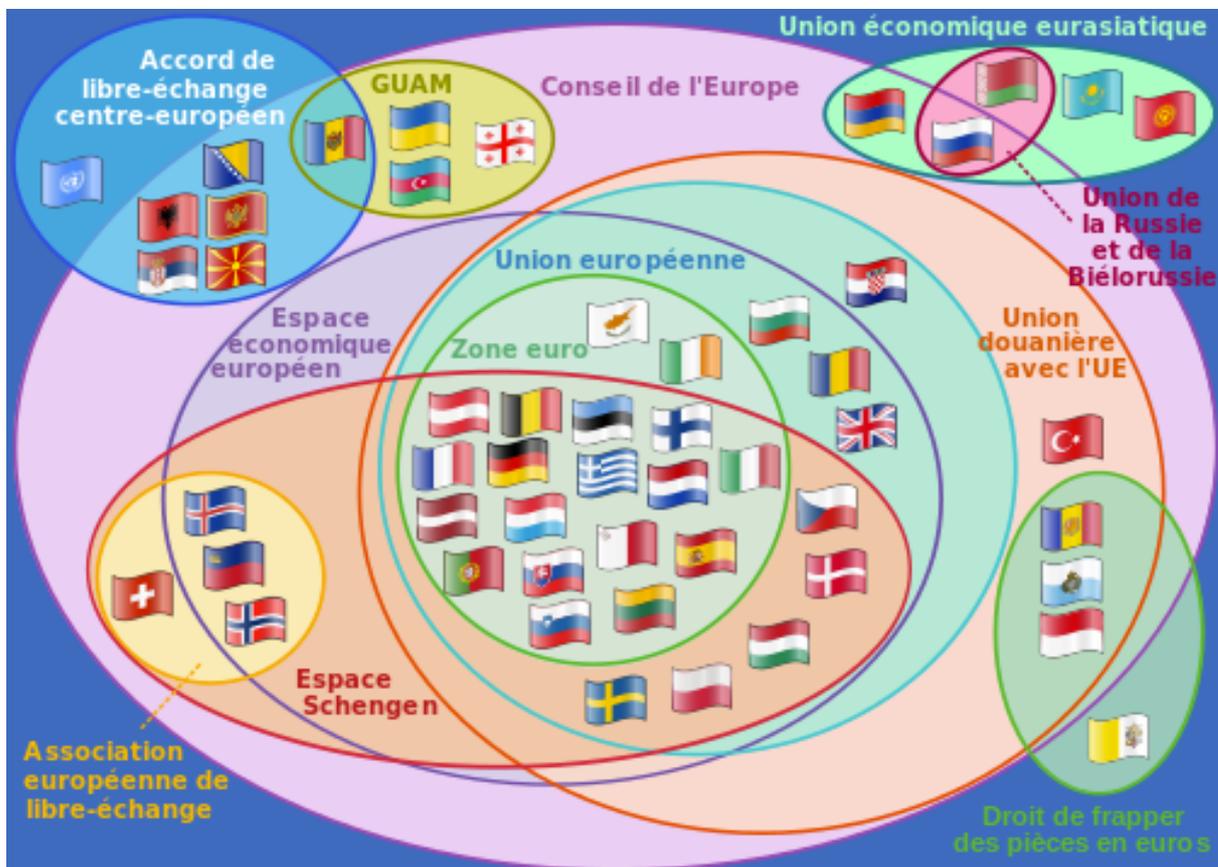
http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/regprof/index.cfm?action=stat_ranking&b_services=true

13. Anesf. Désir d'exercice et de mobilité des étudiants sages-femmes : état des lieux de la profession en France et perspectives d'exercice en Europe. Février 2016.
14. République Française. Code de la Santé Publique. Partie législative – Quatrième partie – Livre Ier – Titre V – Chapitres I, II et III – articles relatifs aux conditions d'exercice de la profession de sage-femme. Légifrance [Internet]. [Consulté le 4 juin 2015]. Disponible sur :
http://legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=106D38CB2ECBABB3086BCA1D35B2A7CD.tpdila08v_2?idSectionTA=LEGISCTA000006171285&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20150604
→ 14 bis - République française. Arrêté du 4 février 2013 modifiant l'arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires. Journal Officiel de la république Française, 0037(1) du 13 février 2013, p 2480.
15. République française. Code de déontologie des sages-femmes. Légifrance [Internet]. [Consulté le 4 juin 2015]. Disponible sur :
https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=077BBF1B50B32B79833D2717EB742AEA.tpdjo02v_1?cidTexte=LEGITEXT000006072635&dateTexte=20040807
16. République Française. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal Officiel de la République Française, 0167(1), 12184.
17. République Française. Arrêté du 19 juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques. JO n°30 du 25 août 2011. p. 12
18. République Française. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme. JO n°15 du 11 avril 2013. p. 2 0074(32), 5288.
19. République française. Arrêté du 26 juillet 2010 relatif aux modalités d'admission en deuxième année d'études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme. *JO de la RP*, 0202(36), 15944.
20. Cavillon M. La profession de sage-femme : constat démographique et projection d'effectifs. *Etudes et Résultats (DREES)*. 2012. 791, 1-8

21. Midy F, Condinguy S & Delamaire M-L. La profession de sage-femme : trajectoires, activités et conditions de travail. *Bulletin d'information en économie de la santé (IRDES)*. 2005. 102(12), 1-8
22. CNOSF. Le marché du travail des sages-femmes : transition ou déséquilibre ? 2014
23. Hubner J, Demeester A, Lafouge A, Goyet S. Précarisation à l'embauche des sages-femmes nouvellement diplômées : mythe ou réalité ? *Les dossiers de la Maïeutique* 2014. 1(1) 3-10.).
24. Charrier P. Les sages-femmes de France, Centre Max Weber UMR 5283, Université de Lyon. 2011
25. WHO Euro Database (2013). European Health for All Database. [Consulté le 4 juin 2015]. Disponible sur : <http://data.euro.who.int/hfad/>
26. EuroPerinat Database (2010). Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010
27. Cour des comptes. Les maternités. Décembre 2014. Article LO 132-3-1 du code des juridictions financières.
28. Save the Children Federation. State of the World's Mothers 2015 : The Urban disadvantage.
29. Vignon M-C. Comparaisons des pratiques entre la France et l'Angleterre : quels sont leurs impact sur les issues maternelles et néonatales ? Baudelocque. 2014. Mémoire en vue du diplôme d'Etat de sage-femme.
30. Unité 1153 Inserm/ université Paris-Descartes, Centre de recherche Epidémiologie et statistique Sorbonne Paris Cité, Équipe de recherche en épidémiologie obstétricale périnatale et pédiatrique (EPOPé). Enquête périnatale. Paris. 2010.
31. Chapon C. L'expérience des sages-femmes européennes en France : illustration de la mobilité des sages-femmes en Europe. Baudelocque. 2014. Mémoire en vue du diplôme d'Etat de sage-femme.
32. Bitoun, Valeur économique de l'allaitement maternel. Société européenne pour le soutien à l'AM (SESAM). Dossiers de l'Obstétrique n°216 d'avril 1994

ANNEXES

Annexe I : schéma de la répartition des pays selon leurs appartenances aux différentes organisations européennes



Annexe II : questionnaire (version française)

Madame, Monsieur,

Etudiante en cinquième et dernière année de sage-femme en France, je sollicite votre participation à la réalisation de mon mémoire de fin d'études. Il s'agit de remplir un questionnaire portant d'une part sur le cadre législatif de la profession de sage-femme et d'autre part, sur la formation des étudiants en maïeutique dans votre pays. Cela ne prendra pas plus de 5 minutes.

Je vous remercie par avance de l'attention que vous pourrez porter à mon travail et de votre précieuse participation. Veuillez agréer l'assurance de ma haute considération.

Cochez les cases correspondant à vos réponses (plusieurs réponses possibles). Vos réponses doivent correspondre à la législation actuellement en vigueur dans votre pays. Pour la fiabilité de mon étude, je vous demanderai de ne pas répondre au hasard lorsque vous ne savez pas. La case « Autre » vous permet de laisser un commentaire ou d'ajouter des précisions.

Pour quel pays répondez-vous ? (dans le cas où il y aurait plusieurs voies de formation des étudiants sages-femmes dans votre pays, merci de préciser votre école)

Vous êtes :

- Une autorité de régulation de la profession
- Une école de sage-femme (directrice, enseignante)

STATUT DES SAGES-FEMMES

Les sages-femmes ont un statut :

- Médical
- Paramédical

Les sages-femmes exercent en milieu :

- Service public hospitalier
- Cliniques privées
- Cabinet libéral
- Visites à domicile
- Service territorial
- maisons de naissance
- Autre :

Existe-t-il une instance nationale représentative ? Si oui, merci de préciser laquelle :

- Oui
- Non
- autre

La formation continue est :

- Inexistante
- Recommandée
- Obligatoire

Quel domaine doit prévaloir dans la profession de sage-femme ?

- aspect social/humain
- aspect scientifique/médical

FORMATION DES ETUDIANTS EN MAÏEUTIQUE

Type d'établissement :

- école publique hospitalière spécifique SF
- université
- institut privé
- autre :

Type de formation :

- formation spécifique aux SF post-BAC (après 12 ans de formation scolaire générale)
- spécialisation après une formation en soins infirmiers
- les deux

Mode d'admission dans la formation sage-femme :

- examen d'entrée
- concours d'entrée (nombre de places limitées)
- entretien
- admission sur dossier
- autre/commentaire :

Durée de la formation en années +/- mois (préciser la durée de formation en soins infirmiers si obligatoire) :

Estimation de la répartition théorie/pratique (en %) ?

Travail de fin d'étude :

- Aucun
- Mémoire de recherche
- Autre :

Accès à la recherche possible :

- master en maïeutique
- autre master
- doctorat en maïeutique
- autre doctorat
- pas de recherche possible
- commentaire

Personnel enseignant :

- Sages-femmes
- gynécologues-obstétriciens
- spécialistes impliqués selon les matières
- autre :

Matières étudiées :

- Obstétrique – Maïeutique
- Gynécologie
- Pédiatrie
- Médecine générale (fonctions biologiques cardio, pneumo, gastro, neuro ..., pharmacologie, infectiologie)
- Psychologie – Droit - Déontologie
- Santé publique - Recherche

La formation utilise-t-elle les ECTS (European Credits Transfer System)

Le programme ERASMUS existe-t-il dans les études de sage-femme ? (European Action Scheme for the Mobility of University Students)

COMPETENCES DES SAGES-FEMMES

Rangez par ordre d'importance, les champs de compétences d'une sage-femme :

obstétrique
gynécologie
pédiatrie/puériculture
soins généraux

Les sages-femmes ont un droit de prescription :

- pas de droit de prescription
- tous les médicaments
- de nombreux médicaments (liste large)
- certains médicaments seulement (liste réduite)
- dispositifs (ex : DIU, tire-lait)
- examens complémentaires (imagerie, examens biologiques)
- commentaire :

Cochez les actes que vous êtes habilité à réaliser selon la loi en toute autonomie : en **Obstétrique**

- diagnostic d'une grossesse
- consultation de suivi de grossesse
- échographies de dépistage obstétrical
- cours de préparation à la naissance et à l'accouchement
- urgences obstétricales
- surveillance médicale du travail (tenue du partogramme, TV, analyse du RCF, direction du travail, rupture artificielle des membranes)
- pH au scalp
- accouchement eutocique (présentation céphalique, siège)
- ventouse
- forceps
- césarienne
- épisiotomie
- suture
- délivrance du placenta
- délivrance artificielle et révision utérine
- surveillance du post-partum à la maternité
- surveillance du post-partum après un retour à domicile
- consultation post-natale à 6 semaines
- rééducation périnéale
- accompagnement de l'allaitement

Cochez les actes que vous êtes habilité à réaliser selon la loi en toute autonomie : en **Gynécologie**

- prescription de toutes les méthodes de contraception
- pose et retrait DIU et implant
- réalisation d'un frottis cervico-vaginal
- éducation à la sexualité et prévention des grossesses et IST dans les écoles
- vaccination préventive des femmes
- IVG médicamenteux
- examen des seins

Cochez les actes que vous êtes habilité à réaliser selon la loi en toute autonomie ; en **Pédiatrie/puériculture**

- examen à la naissance du nouveau-né
- réanimation néonatale si nécessaire
- prélèvements sanguins du nouveau-né
- prescription de médicaments au nouveau-né
- administration de médicaments au nouveau-né
- vaccination du nouveau-né
- soins du nouveau-né (bain, poids, soins du cordon)
- accompagnement et prévention (soins, alimentation, maltraitance, mort subite)

Soins généraux (prises de sang, perfusion, pansement ...)

Annexe III : tableau récapitulatif des traducteurs et correcteurs des questionnaires traduits dans 6 langues en plus du français.

Langue	Traducteur(s)	Correcteur(s)
Anglais	Lena B.	Lali R., Guilhem B.
Espagnol	Alice E.	Alexandra LF., Sophie C.
Allemand	Manon V.	
Italien	Caroline C.	Anne B.
Grec	Fenia C.	Alice P.
Suédois	Nadia D.	Ophélie C.

Pays	Statut	Particularités d'exercice	Importance des champs de compétences	DPC
Allemagne	Paramédical	- secteur libéral > 60% ; post-natal ++, autonome ++ - secteur hospitalier à faibles responsabilités - 150 MDN privées (forfait PEC à 100%)	Aspect social majoré	Recommandée
Autriche	Médical	- public 45% - privé 40% - bi-appartenance salariat-libéral pour 45% des sages-femmes - libéral essentiellement post-natal	Aspect médical majoré	Obligatoire
Belgique	Médical	- public 90% - libéral 10%	Aspect médical majoré Moins de pédiatrie et de gynécologie	Obligatoire - 75h/5 ans
Bulgarie	Médical	- secteur public > 90%	Aspect social majoré Moins de pédiatrie	Obligatoire
Croatie	Médical	- uniquement secteur public	Moins de soins	Obligatoire / 6 ans
Danemark	Santé	- secteur public > 90%	Moins de pédiatrie	Recommandée
Espagne	Paramédical	- public 90% - libéral < 10%	Moins de soins	Recommandée
Estonie	Médical	- uniquement secteur public		Recommandée
Finlande	Santé	- secteur public 90% - privé < 10%		Obligatoire
France	Médical	- secteur public 60% - 9 MDN en cours d'expérimentation - libéral en expansion > 15%	Moins de soins	Obligatoire / 1 an
Irlande	Médical	- secteur public 90% dont pôles physiologiques - public 45%, privé 35%, libéral 20%	Aspect social majoré	Obligatoire
Italie		- public 45%, privé 35%, libéral 20%		Obligatoire / 1 an
Lituanie	Médical	- essentiellement maternités publiques > 90% - quelques MDN privées	Aspect médical majoré	Recommandée
Luxembourg	Paramédical	- 90% public - 10% libéral		Obligatoire
Malte	Médical	- 80% public - 20% privé	Moins de pédiatrie, moins de gynécologie	Recommandée
Pays Bas	Médical	- 80% libéral ; AAD = 30% - 20% public ; concept = suivi global	Moins de soins, moins de gynécologie	Obligatoire / 5 ans
Pologne	Médical	- public 60%, privé 30%, libéral 10%	Aspect social majoré Périculture ++ et soins – peu d'obstétrique	Recommandée
Portugal	Paramédical		Beaucoup de soins	Recommandée
Rep. Tchèque	Médical	- pas de libéral	Aspect social majoré Beaucoup de soins et obstétrique	Obligatoire
RU	Paramédical	- public 90% dont MDN intra-H ; - concept 1 femme = 1 SF - privé < 10% ; libéral < 5%, AAD = 10%	Beaucoup de soins	Recommandée / 3 ans
Slovenie		- public > 90% - pas de libéral - MDN en cours	Aspect social majoré Périculture et obstétrique	Obligatoire / 7 ans
Suède	Santé	- public > 90% dont MDN intra-H ; concept = 1 femme = 1 SF - libéral < 10%	Peu de soins	Recommandée
Suisse	Paramédical	21 MDN privées mais encouragées par mutuelles	Peu de gynécologie et de soins	Obligatoire

Pays	Organe de régulation et/ou de représentation	Association représentative spécifique
Allemagne	Bund Deutscher Hebammen - https://www.hebammenverband.de/ = Fédération des sages-femmes allemandes	
Autriche	Österreichisches Hebammengremium - http://www.hebammen.at/gremium/ = Comité des sages-femmes autrichiennes	
Belgique	Conseil Fédéral des sages-femmes	Belgian midwives association - http://www.belgianmidwives.be/ = Association des sages-femmes belges
Bulgarie	Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи - www.nursing-bg.com = Association Bulgare des Professionnels de santé en soins infirmiers	Алианс на Българските акушерки - www.midwivesbulgaria.org = Alliance des SF bulgares
Croatie	Hrvatska Komora Primanja - www.komora-primanja.hr/ = Chambre Croate des sages-femmes	
Danemark	National Board of Health - http://sundhedsstyrelsen.dk/ = Conseil National de la Santé	Jordemoderforeningen - www.jordemoderforeningen.dk = Association des sages-femmes danoises
Espagne	Consejo General de Enfermería - www.consejogeneralenfermeria.org = Conseil général des infirmiers	Federacion de Asociaciones de Matronas de España (FAME) = Fédération des associations de sages-femmes espagnoles http://www.federacion-matronas.org/
Estonie	Tervishoiuamet - http://tervishoiuamet.ee/ = Conseil des soins de santé	Esti Ämmaemandate Ühing - www.ammaemand.org.ee = Association des sages-femmes estoniennes
Finlande	Ministère de la santé	Suomen Katililitto ry - www.suomenkatililitto.fi = Fédération des sages-femmes finlandaises
France	Ordre National des Sages-femmes - http://www.ordre-sages-femmes.fr	Collège National des Sages-femmes – www.cnfsf.asso.fr
Irlande	An Bord Altranaís - www.nursingboard.ie = Ordre des infirmiers	Irish Nurses and Midwives Organisation (INMO) – www.inmo.ie = Association des infirmiers et sages-femmes irlandais
Italie	Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche - http://www.fnco.it = Ordre des sages-femmes	Associazione Italiana di Ostetricia - http://www.associazionetaliaanaostetrica.it = Association italienne d'obstétrique
Lituanie		Lithuanian midwives association = Association des sages-femmes lituanienes
Luxembourg	Ministère de la santé	Association luxembourgeoise des sages-femmes - http://www.sages-femmes.lu/
Malte	Nursing and Midwifery Council - www.sahha.gov.mt = Ordre des infirmiers et sages-femmes	Midwives Association of Malta - http://malamidwivesassoc.wix.com/amma1974 = Association des sages-femmes de Malte
Pays Bas	Ministère de la santé - www.minvws.nl	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen - www.knovv.nl/ = Organisation Royale des sages-femmes danoises
Pologne	Naczelna Izba Pielegniarek I Poloznych - www.izbapiel.org.pl = Chambre des infirmiers et sages-femmes polonaise	Polski Towarzystwo Poloznych - www.zgypol.am.lublin.pl = Association des sages-femmes polonaises
Portugal	Ordem dos enfermeiros - www.ordemenfermeiros.pt = Ordre des infirmiers	Associação Portuguesa Dos Enfermeiros Obstetras (APEO) - www.apecobstetras.org = Association des sages-femmes portugaises
Rep. Tchèque	Ministère de la Santé	Česká Konfederace Porodních Asistentek - www.ckpa.cz = Confédération des sages-femmes tchèques Unie porodnich asistentek - http://unipa.cz/index.php/eng = Union des sages-femmes Tchèques
RU	Nursing and Midwifery Council - www.nmc-uk.org = Ordre des infirmiers et sages-femmes	Royal College of Midwives - http://www.rcm.org.uk/ = Collège royal des sages-femmes
Slovenie	Sekcija medicinskih sestier babic Slovenije - www.sekcija-babic.si = Chambre slovène des infirmiers et sages-femmes	Zbornica Zdravstvene in Babske Nege-Slovenije - www.zbornica-zveza.si = Association des Infirmiers et des Sages-femmes
Suède	National Board of Health - www.socialstyrelsen.se	Svenska Barmorskeförbundet - www.barmorskeforbundet.se = Association des sages-femmes suédoises
Suisse	Schweizerischer Hebammenverband - www.hebamme.ch/fr = Fédération suisse des SF	

Pays	Etablissement de formation	Mode d'admission dans la formation ou diplôme(s) requis	Durée de la formation	Erasmus	Travail de recherche de fin d'études	Diplôme obtenu	Accès à la voie doctorale
Allemagne	58 écoles hospitalières	Examen + entretien	3 ans + 2 ans de compagnonnage	+	Non	Diplôme d'Etat (DE)	Maïeutique + EMSM + autres disciplines
Autriche	Université de sciences appliquées	Examen + entretien pendant le 1 ^{er} cycle	3 ans	Non	Non		Maïeutique
Belgique	9 hautes écoles paramédicales	Admission sur dossier	4 ans	+	Travail de fin d'étude de recherche scientifique		Autres disciplines
Bulgarie	Université	Admission sur dossier avec SI	4 ans	+	Travail de recherche		Autres disciplines (management)
Croatie	Université	Admission sur dossier après un secondaire spécialisé « assistant sage-femme »	3 ans	Non	Non		Autres disciplines
Danemark	3 écoles hospitalières	Admission sur dossier	3 ans et demi		Dissertation		
Espagne	SI à l'Université Puis écoles hospitalières	Examen Pré-requis : diplôme de SI	SI 4 ans + 2 ans	Non	Rapport de recherche		Maïeutique + autres disciplines
Estonie	Collège de soins en santé	Admission sur dossier	4 ans et demi	+	Travail de recherche		Autres disciplines
Finlande	Université	Concours Pré-requis : diplôme de SI	SI 3 ans + 18 mois + 1 an de compagnonnage	+	Thèse de recherche		Maïeutique
France	35 écoles hospitalières +/- intégrées à l'U	Concours 1 ^{ère} année commune avec autres professions médicales	5 ans	Non	Mémoire de recherche	Diplôme d'Etat (DE)	Autres disciplines
Irlande	Université	Concours	4 ans	+	Non	Bachelor Scientifique of Midwifery	Maïeutique
Italie	Université	Dossier + entretien Pré-requis : diplôme de SI	SI 4 ans + 18 mois + 1 an de compagnonnage	+	Non	Diplôme in Midwifery	Maïeutique + autres disciplines
Lituanie	Ecoles hospitalières	Concours	4 ans	+	Thèse de recherche		
Luxembourg	Lycée technique pour professions de santé	Dossier + entretien Pré-requis : diplôme de SI	SI 3 ans + 2 ans	Non	Mémoire de recherche	Brevet Technicien Supérieur (BTS)	
Malte	Université	Dossier + entretien	4 ans	+	Dissertation		Maïeutique
Pays Bas	3 Ecoles +/- reliées à l'université	Examen + entretien	4 ans	+	Travail de recherche	Bachelor	Maïeutique + EMSM
Pologne	Université	Concours Pré-requis : diplôme de SI	SI 3 ans + 18 mois + 1 an de compagnonnage	+	Travail de recherche		Maïeutique
Portugal	Ecoles +/- reliées à l'université	Admission sur dossier Pré-requis : diplôme de SI et 2 années d'expérience professionnelle	SI 4 ans + 2 ans + 1 an de compagnonnage	Non	Rapport de recherche		Maïeutique
Rep. Tchèque	Université	Examen	3 ans	+	Travail de recherche		Maïeutique
RU	Université	Dossier	3 ans + 1 an de compagnonnage	+	Non	Bachelor	Maïeutique + EMSM Assez développée
Slovenie	Université	Dossier Pré-requis : diplôme de SI + expérience professionnelle durant les 6 derniers mois	SI 3 ans + 18 mois + 1 an de compagnonnage	+			EMSM + autres disciplines
Suède	Université	Concours	3 ans	+	Travail de recherche		Maïeutique
Suisse	HESAV (Lausanne)	Examen Pré-requis : diplôme de SI	SI 3 ans + 18 mois + 1 an de compagnonnage	+	Non	Bachelor de sage-femme	Maïeutique
	HES-GE (Genève)	Concours Pré-requis : bachelor en SI	SI 3 ans + 2 ans	+	Mémoire de recherche	Bachelor de sage-femme	Maïeutique + EMSM
		Examen Pré-requis : CFC santé ou maturité spécialisée en santé (1 an)	3 ans	+	Mémoire de recherche	Bachelor de sage-femme	Maïeutique + EMSM

GLOSSAIRE

- AAD : accouchement à domicile
- Anesf : Association Nationales des Etudiants Sages-Femmes
- CDD : contrat à durée déterminée
- CECA : Communauté Européenne du Charbon et de l'Acier
- CEE : Communauté Economique Européenne
- CNOSF : Conseil National des l'Ordre des Sages-Femmes
- DA-RU : délivrance artificielle – révision utérine
- DIU : dispositif intra-utérin
- DPC : développement professionnel continu
- ECTS : *European Credits Transfer System*
- EEE : Espace Economique Européen
- EEES : Espace Européen de l'Enseignement Supérieur
- EMA : *European Midwives Association*
- Erasmus : *European Action Scheme for the Mobility of University Students*
- FCV : frottis cervico-vaginal
- ICM : *International Confederation of Midwives*
- IMG : interruption médicale de grossesse
- IVG : interruption volontaire de grossesse
- LMD : licence master doctorat
- NEMIR : *Network of European Midwifery Regulators*
- NMC : *Nurse and Midwives Council*
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé (WHO en anglais)
- PACES : Première Année Commune aux Etudes de Santé
- PCEM1 : 1^{ère} année de Premier Cycle des Etudes Médicales
- PMI : protection maternelle et infantile
- PNP : préparation à la naissance et à la parentalité
- RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
- SoWMy : *State of the World's Midwifery*
- UE : Union Européenne
- UNFPA : Fond des Nations Unies pour la Population

Pays de l'Union Européenne et sigles européens :

Code	Nom UE	Nom français	Nom local
AT	Austria	Autriche	Österreich
BE	Belgium	Belgique	Belgien/België
BG	Bulgaria	Bulgarie	България
CY	Cyprus	Chypre	Κύπρος
CZ	Czech Republic	Rép. Tchèque	Cesko
DE	Germany	Allemagne	Deutschland
DK	Denmark	Danemark	Danmark
EE	Estonia	Estonie	Eesti
EI	Ireland	Irlande	Eire
EL	Greece	Grèce	Ελλάδα
ES	Spain	Espagne	Espana
FI	Finland	Finlande	Suomi
FR	France	France	France
HR	Croatia	Croatie	Hrvatska
HU	Hungary	Hongrie	Magyarország
IT	Italy	Italie	Italia
LT	Lithuania	Lithuanie	Lietuva
LU	Luxembourg	Luxembourg	Lëtzebuerg
LV	Latvia	Lettonie	Latvija
MT	Malta	Malte	Malta
NL	Netherlands	Pays-Bas	Nederland
PL	Poland	Pologne	Polska
PT	Portugal	Portugal	Portugal
RO	Romania	Roumanie	Romania
SE	Sweden	Suède	Sverige
SI	Slovenia	Slovénie	Slovenija
SK	Slovakia	Slovaquie	Slovensko
UK	United Kingdom	Royaume-Uni	United Kingdom

RESUME

La procédure européenne de reconnaissance automatique des titres de formation a facilité la mobilité des sages-femmes, acteur majeur de la périnatalité à l'international. Cette reconnaissance est-elle synonyme d'une pratique professionnelle uniformisée dans les différents pays de l'Union Européenne ? L'objectif principal de cette étude est de décrire et de comparer le cadre légal de la profession sage-femme en Europe dans sa formation et ses compétences.

Pour tenter de répondre à la problématique annoncée, une étude qualitative, descriptive et comparative a été menée, par le biais d'un questionnaire diffusé aux responsables de la régulation de la profession dans chacun des 28 pays de l'UE.

Les résultats sont en lien avec l'indépendance laissée par la directive européenne aux Etats dans l'organisation de leur système d'éducation et de santé. Globalement, le métier de sage-femme dans les différents pays étudiés relève des mêmes domaines que sont la périnatalité, le soin et l'accompagnement. Les variations que l'on observe entre les pays concernant l'organisation de la profession, de la formation et la pratique des sages-femmes renvoient à des différences profondes : d'une part sur la nature des savoirs professionnels et l'organisation des systèmes de soins, d'autre part sur la « philosophie » des soignants et des usagers concernant la périnatalité et en particulier l'accouchement.

Comment assurer la qualité de la prise en charge des femmes et de leurs familles au niveau européen ? Ces disparités sont-elles à l'origine des taux contrastés de mortalité néonatale ? Il conviendrait d'analyser les facteurs de disparités des résultats, leurs liens avec les différences culturelles et les politiques menées et si cela paraît pertinent, d'adopter des « bonnes pratiques » ayant cours. Un perfectionnement de la formation initiale des sages-femmes dans certains pays, porté par une révision des textes européens pourrait être la première étape d'une évolution européenne des pratiques périnatales. La promotion d'une coopération et d'une mobilité européenne sont également essentiels. À terme, la réforme des systèmes de santé périnatale pourrait être envisagée, afin de laisser place à un modèle de soins centré sur les femmes prises en charge par les sages-femmes, dans le respect de la dimension culturelle de chaque pays.

Mots clés : sages-femmes ; Europe ; Union Européenne ; directive 2013/55/UE ; reconnaissance automatique ; mobilité internationale ; périnatalité ; maternité ; maisons de naissance ; mortalité néonatale.

63 pages. 6 annexes. 32 références bibliographiques.

ABSTRACT

Midwives, central players in the European panorama of perinatal care, benefit from a facilitated mobility due to the European procedure of automatic recognition of qualifications. Does this recognition mean that professional practice is harmonized among all of the Member States of the European Union ? The main objective of this study is to describe and compare the legal framework of the midwives in Europe in training and skills.

This qualitative, descriptive and comparative survey was conducted through a form distributed to the midwifery regulators in each of the 28 EU countries.

The results are in line with the fact that the European directive allows Member States to be independent as for the organisation of their education and health systems. Overall, midwives in the different studied countries, perform in the same fields, which are perinatal care and support. The differences observed between countries concerning the organization of the profession, the training and the practice of midwives refer to profound dissimilarities : on the right hand, the nature of professional knowledge and the organization of health systems, on the other hand the "philosophy" of caregivers and users about midwifery and especially childbirth.

How to ensure the quality of care for women and their families at the European level ? Are these disparities responsible for contrasted neonatal mortality rates ? The factors of the disparities found should be analysed, as well as their links with the cultural differences and the policies conducted ; it would be appropriated to adopt the "best evidence-based practices". An improvement of the initial midwives training in some countries, supported by a revision of the European legislation would facilitate the evolution of the European practices. European cooperation and mobility are essential. Ultimately, a reform of perinatal health systems could be envisaged in order to make way for a women-centred care model supported by midwives, respecting the cultural dimension of each country.

Keywords : midwives ; midwifery ; France ; Europe ; European Union ; Directive 2013/55/EU ; automatic recognition ; international mobility ; perinatal care ; maternity ; birth centers ; neonatal mortality.

63 pages. 6 annexes. 32 bibliographic references.