

**UNIVERSITE DE NANTES**  
UFR DE MEDECINE  
ECOLE DE SAGES-FEMMES



DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

# **LA PROFESSION DE SAGE-FEMME EN FRANCE ET EN BELGIQUE.**

---

LE MEME METIER, LES MEMES EXIGENCES EUROPEENNES, DES  
SAGES-FEMMES DIFFERENTES.



**Camille Leblanc**  
Née le 2 décembre 1989

Directeur de mémoire : Mme Benoit Truong Canh

Promotion 2008 – 2013

# REMERCIEMENTS

A Madame Benoit Truong Canh, Vice-présidente du conseil national de l'ordre des sages-femmes, responsable des affaires européennes et internationales, pour avoir accepté d'être mon directeur de mémoire, pour m'avoir éclairé sur les conditions de formation des sages-femmes en Europe et pour ses conseils.

Aux enseignantes de l'école de Nantes et en particulier à Madame Burban pour la confiance, la patience et la disponibilité dont elle a fait preuve afin de me guider et de m'épauler dans l'élaboration de ce travail.

Aux étudiantes, enseignantes et sages-femmes Belges qui ont accepté de me faire part de leur exercice.

A mes parents et frère et sœur pour leur aide, leur soutien et leurs encouragements.

A ma promotion pour tout ce que nous avons partagé pendant ces années passées ensemble.

A tous les autres qui ont beaucoup compté et que je n'oublie pas...



# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>I. A propos de ces deux pays</b> .....	2
I.1 Géographie et Démographie .....	2
I.2 Politique.....	3
I.3 Systèmes De Santé .....	4
A. Organisation générale .....	4
B. Les congés maternité et paternité .....	5
C. Nomenclature des actes sage-femme.....	7
<b>II. L’union Européenne</b> .....	9
II.1 Histoire de sa création.....	9
II.2 Fonctionnement .....	11
II.3 Politique de santé de l’Union Européenne.....	14
II.4 Les sages-femmes et l’Union Européenne .....	16
A. La reconnaissance des titres .....	16
B. L’accès à la profession de sage-femme .....	17
C. Les conditions minimales de formation .....	18
<b>III. La profession de sage-femme dans ces deux pays</b> .....	22
III.1 Historique de la profession.....	22
A. En France .....	23
B. En Belgique.....	24
III.2 Organisation et représentation de la profession .....	26
A. En France .....	26
B. En Belgique.....	27
C. Les associations de sages-femmes .....	28
III.3 Secteurs d’activité .....	30
III.4 Approche culturelle .....	31
A. La naissance.....	31
B. La famille .....	34
III.5 Les échanges professionnels et étudiants entre les deux pays.....	35
<b>IV. La formation des sages-femmes</b> .....	38
IV.1 L’organisation des études .....	38
IV.2 Le programme théorique .....	40
IV.3 La formation pratique .....	45

IV.4 Après la formation initiale.....	46
<b>V. Les compétences des sages-femmes .....</b>	<b>48</b>
V.1 En France : le principe de compétences par nature.....	48
V.2 En Belgique : le principe de compétences normatives .....	50
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>54</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>55</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>59</b>

# INTRODUCTION

A l'heure de la mondialisation, il est de plus en plus fréquent de voir des individus s'expatrier et exercer leur profession dans un pays qui n'est pas celui où ils sont nés. Il arrive également, qu'au cours d'une vie professionnelle on soit amené à travailler dans différents pays, plus ou moins proches géographiquement et culturellement.

Depuis longtemps, l'Union Européenne cherche à favoriser la mobilité des personnes et des professionnels notamment par la suppression des contrôles aux frontières. Seulement, tous les pays de l'Union ont des histoires différentes et se sont construits de façon autonome. Chacun a son propre mode de fonctionnement et ses propres besoins.

Le législateur européen a défini sept professions sectorielles dont font partie les sages-femmes au même titre que les architectes, les dentistes, les infirmières, les médecins, les pharmaciens et les vétérinaires. Pour ces professions, il existe une reconnaissance automatique des diplômes obtenus dans les pays de l'Union Européenne. Pour garantir les qualifications professionnelles il a été nécessaire d'uniformiser les formations.

La France et la Belgique ont une frontière commune, ces deux Etats font partie des pays fondateurs de l'Union Européenne et une grande partie de leurs ressortissants parlent la même langue. Autant de points communs qui les rapprochent et favorisent les échanges, notamment professionnels, entre leurs deux territoires.

Pour ce qui est des sages-femmes, il faut y ajouter l'obligation, depuis 2002, d'être classé en rang utile à l'issue de la première année de médecine pour suivre la formation en France. Cette modification dans l'organisation des études a entraîné une augmentation du nombre de Français dans les rangs des écoles de sages-femmes belges. Une grande partie de ces étudiants reviennent en France pour exercer après leurs études. Il est donc intéressant de s'interroger sur les points communs et les divergences qui existent dans ce domaine entre les deux Etats.

Après avoir donné quelques généralités sur la France et la Belgique, puis sur l'Union Européenne nous comparerons l'exercice de la profession de sage-femme dans ces deux pays avant d'aborder plus en détails la formation et les compétences de la profession.

# I. A propos de ces deux pays

Avant d'étudier plus particulièrement la profession de sage-femme en France et en Belgique, il semble important d'introduire ces pays de façon générale en abordant la géographie et la démographie et en présentant leur système politique et de santé respectifs.

## I.1 Géographie et Démographie

Tableau 1 : Comparaison démographique et géographique des deux Etats.

	FRANCE	BELGIQUE	UNION EUROPÉENNE
<b>GEOGRAPHIE</b>			
Capitale	Paris	Bruxelles	
Superficie	551 695 Km <sup>2</sup>	30 528 Km <sup>2</sup>	4 403 608 Km <sup>2</sup>
Habitants (1 <sup>er</sup> Janv. 2012)	63 460 768	11 041 266	502 477 Milliers
Densité	115.02 hab. /Km <sup>2</sup>	361.68 hab. /Km <sup>2</sup>	114.11 hab. /Km <sup>2</sup>
<b>DEMOGRAPHIE</b>			
Taux de Natalité 2010	11.9 ‰	12.9 ‰	10.4 ‰
Taux de Mortalité 2011	8.5 ‰	9.6 ‰	9.6 ‰
Taux d'accroissement Naturel	4.4	2.3	1.0
Espérance de vie Hommes 2010	78.1 ans	77.4 ans	75.34 ans
Espérance de vie Femmes 2010	84.8 ans	82.6 ans	81.40 ans
Taux de fécondité 2010	2	1.84	1.59
Naissances en 2010	802 221	129 173	5.4 Millions
Mortalité infantile 2011	3.4 ‰	3.3 ‰	4.1 ‰

Source : INSEE et INED

NB : Pour ce qui est de la France, les données sont celles de la métropole.

Le tableau ci-dessus permet d'avoir une vision globale de la démographie et de la géographie de ces deux pays et de les comparer avec celles de l'Union Européenne. Les populations belges et françaises représentent quasiment 15% de la population européenne et occupent 13% du territoire.

Ce sont deux pays appartenant au même continent et dont les niveaux de développement sont similaires. En effet, leurs Produits Intérieurs Bruts par habitant sont proches, 26 760€ pour la France et 29 820 € pour la Belgique. De plus, on constate que la

France et la Belgique ont des taux de mortalité infantile similaires et inférieurs à la moyenne européenne.

La France et la Belgique sont pourvoyeuses de naissances puisqu'elles ont respectivement le second et le septième taux de fécondité le plus élevé de l'Union Européenne, leurs taux de natalité sont également supérieurs à la moyenne européenne. À elles deux, elles regroupent un peu plus de 17% des naissances de l'Union.

La Belgique possède trois langues officielles, le néerlandais, le français et l'allemand. L'Etat de Belgique est divisé en trois régions : Wallonie, Flandre et Bruxelles-Capitale. Chaque région est divisée en plusieurs communes. La région Wallonne est à 98% francophone (les 2% restants sont la communauté germanophone de Belgique) et recouvre 60% du territoire. La région Flamande, quant à elle, est néerlandophone, elle se trouve dans la partie nord du pays. Chaque région est subdivisée en provinces, elles-mêmes divisées en communes.



Carte 1 : Les différentes régions de Belgique

Région Wallonne

Région Flamande

Région Bruxelles-Capitale

En France comme en Belgique, la religion principale est la religion catholique, suivie de la religion musulmane.

## I.2 Politique

La Vème République française est une démocratie constitutionnelle. C'est un régime parlementaire qui octroie cependant des pouvoirs forts au chef de l'Etat. L'organisation des pouvoirs est définie par la Constitution de 1958 et ses amendements successifs. Le Président de la République est le chef de l'État et le chef des armées, il jouit du pouvoir exécutif. C'est lui qui nomme le Premier ministre, et, sur proposition de celui-ci, les membres du gouvernement. Le pouvoir législatif appartient au Parlement, formé de deux chambres, l'Assemblée nationale et le Sénat.

La Belgique, officiellement appelée Royaume de Belgique, est un Etat fédéral c'est-à-dire qu'il est composé de plusieurs entités autonomes, les régions, dotées de leur propre gouvernement et de leur propre parlement. Il existe également un parlement fédéral et un

gouvernement fédéral. L'État fédéral, les communautés et les régions sont tous trois égaux en droit, ils interviennent sur un pied d'égalité mais dans des domaines différents.

Le Royaume de Belgique est une monarchie constitutionnelle et parlementaire. Cela signifie que le chef de l'Etat est le Roi mais que ses pouvoirs sont définis par une Constitution. Dans une monarchie parlementaire, le monarque et le gouvernement disposent du pouvoir exécutif, le pouvoir législatif, quant à lui, est attribué au parlement.

## **I.3 Systèmes De Santé**

Après une brève présentation de l'organisation générale des systèmes de santé belge et français nous comparerons les congés maternité et paternité prévus dans ces deux pays et le montant des actes sage-femme.

### **A. Organisation générale**

Le système de santé belge, tout comme le système de santé français, est basé sur la solidarité interindividuelle. En Belgique, les citoyens ont l'obligation de souscrire à la mutuelle de leur choix pour bénéficier des soins dits « de base ». Ils peuvent contracter, par le même organisme mutualiste, une protection complémentaire.

L'Etat intervient en tant que régulateur, à travers l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) sous la tutelle du ministre des affaires sociales. Cette agence dispose d'un contrôle médical et d'un pouvoir disciplinaire vis-à-vis des praticiens. L'INAMI décide des tarifs que les professionnels de santé doivent appliquer, des conditions de remboursement et des conditions d'obtention des indemnités en cas de maladie ou de maternité ainsi que du montant de ces indemnités. Ce sont les mutuelles qui se chargent de rembourser les frais médicaux et de verser les indemnités aux assurés sociaux.

En Belgique, le secteur libéral est dominant. Le patient a le libre-choix de son médecin, qu'il soit généraliste ou spécialiste et peut accéder directement au spécialiste. Dans les secteurs publics et privés, la rémunération des médecins se fait à l'acte.

En France, c'est la sécurité sociale, qui fixe le montant du remboursement des frais de santé et verse les indemnités en cas de maladie ou de maternité. Les recettes de la sécurité sociale proviennent des cotisations des employeurs et des assurés et, pour une petite partie, des subventions de l'Etat.

## B. Les congés maternité et paternité

Au niveau Européen, des dispositions ont été prises pour protéger les femmes enceintes qui travaillent des risques pour leur santé et du licenciement. La directive du 19 octobre 1992 précise par exemple que les femmes enceintes ne peuvent pas être obligées à travailler de nuit. Sur présentation d'un certificat médical, attestant que le travail de nuit n'est pas compatible avec la santé ou la sécurité de la travailleuse, elles doivent être transférées sur un poste de jour ou, lorsque ce n'est pas possible, disposer d'une dispense de travail ou d'un allongement du congé maternité. L'Union Européenne recommande que ce congé dure 14 semaines minimum dont au moins deux sont obligatoires. De même, cette directive européenne interdit le licenciement des femmes enceintes depuis le début de leur grossesse et jusqu'au terme de leur congé maternité.

En Belgique, la durée du congé maternité est de 15 semaines pour une naissance simple et 19 semaines pour une naissance multiple. Ce congé se décompose comme suit :

- 5 semaines (7 pour les grossesses multiples) de repos prénatal qui sont reportables
- 1 semaine obligatoire, la semaine précédant le terme prévu de l'accouchement
- 9 semaines (11 pour les grossesses multiples) de repos postnatal auxquelles s'ajoutent, s'il y a lieu, les semaines non prises avant l'accouchement.

Le congé peut être allongé jusqu'à 24 semaines si le nouveau-né est hospitalisé à partir de sa naissance et pour une durée supérieure à 7 jours.

En France, la durée du congé maternité dépend, comme en Belgique, du nombre de naissances attendues mais, le rang de naissance du ou des enfants entre également en ligne de compte. Pour un premier ou deuxième enfant, ce congé dure 16 semaines dont 6 semaines avant l'accouchement et 10 semaines après. La salariée enceinte peut, avec l'avis favorable du médecin ou de la sage-femme qui suit sa grossesse, reporter une partie de son congé prénatal (3 semaines maximum) après son accouchement. Son congé postnatal sera alors augmenté d'autant. Ce report est annulé si un arrêt de travail est prescrit à la patiente pendant cette période.

A partir du troisième enfant, le congé est de 26 semaines dont un congé prénatal de 8 semaines et un congé postnatal de 18 semaines.

Pour ce qui est des naissances multiples, la durée du congé maternité est de :

- 34 semaines dont 12 semaines avant la date présumée d'accouchement et 22 semaines après pour des jumeaux.
- 46 semaines dont 24 semaines avant la date présumée d'accouchement et 22 semaines ensuite pour une naissance triple ou plus.

Quelle que soit la situation, en cas d'état pathologique résultant de la grossesse, une période supplémentaire de congé de 14 jours maximum, consécutifs ou non, peut être accordée sur prescription médicale entre la déclaration de grossesse et le début du congé prénatal.

En cas d'hospitalisation de l'enfant au-delà de la 6<sup>e</sup> semaine après sa naissance, la mère a la possibilité de reprendre son travail et de reporter le reliquat de son congé postnatal à la fin de cette hospitalisation.

Ces observations nous permettent de constater que pour les primigestes attendant un singleton, le congé prénatal est quasiment équivalent entre les deux pays. Il existe en revanche une différence importante lorsqu'il s'agit d'une grossesse multiple puisque la France prévoit un congé de 34 semaines en cas de grossesse gémellaire alors que la Belgique prévoit un congé de 19 semaines pour ce même type de grossesse.

En Belgique, seuls les médecins sont habilités à prescrire un arrêt de travail. En France, les sages-femmes sont autorisées à prescrire aux femmes enceintes, dont la grossesse n'est pas pathologique, un arrêt de 15 jours qui ne peut pas être prolongé ni renouvelé.

En Belgique, les mères qui allaitent leurs enfants ont le droit à des pauses d'allaitement pour tirer leur lait ou donner le sein à leur bébé. Elles doivent en avertir leur employeur deux mois à l'avance. Ces pauses durent 30 minutes et sont au nombre de 1 ou 2 par jour en fonction de la durée quotidienne de travail. Les femmes qui travaillent moins de 4 heures par jour ne peuvent pas prétendre à ces pauses. L'employeur n'est pas tenu de rémunérer ses salariées pendant ce temps non travaillé, ce sont les mutuelles qui versent une indemnité. La période totale pendant laquelle la travailleuse a le droit de prendre des pauses d'allaitement est de 7 mois à dater de la naissance.

En France, il n'existe plus de congé maternité spécifique à l'allaitement. Cependant, le code du travail prévoit que, pendant un an à compter du jour de la naissance, la mère peut disposer d'une heure par jour durant ses heures de travail pour allaiter son enfant.

Depuis 2003, en Belgique, le père peut bénéficier d'un congé de paternité de 10 jours. Il choisit les dates de son congé mais les 10 jours, consécutifs ou non, doivent être pris dans les 4 mois qui suivent la naissance.

En France, un congé paternité est accordé au salarié à l'occasion de la naissance de son enfant, la durée du congé paternité est de 11 jours pour la naissance d'un enfant, et de 18 jours en cas de naissance multiple. Ces jours de repos sont consécutifs et sans déduction des weekends et jours fériés. Ce congé doit débuter dans les 4 mois qui suivent la naissance de l'enfant. Il s'ajoute aux 3 jours d'absence autorisée accordés par l'employeur pour une naissance. En cas d'hospitalisation de l'enfant à sa naissance, le père peut demander le report de son congé paternité à la fin de cette hospitalisation.

En France comme en Belgique, en cas de décès de la mère au moment de l'accouchement, le père peut bénéficier du congé postnatal de cette dernière. En France, il peut demander le report de son congé paternité à la fin de cette période.

Le père ou la mère peut, qu'il soit belge ou français, bénéficier d'un congé parental d'éducation. Ce congé peut être total ou partiel et n'est pas rémunéré par l'employeur, cependant, le bénéficiaire reçoit des indemnités de la Caisse d'Allocation Familiale s'il est Français et de l'Office National de l'Emploi s'il est Belge. En France, ce congé est d'une durée inférieure ou égale à 3 ans et commence au plus tôt le jour de la naissance de l'enfant. Il doit être achevé avant le 3<sup>e</sup> anniversaire de ce dernier. En Belgique, la durée du congé dépend de son caractère total ou partiel. S'il s'agit d'un congé à temps plein, sa durée est de 4 mois. S'il s'agit d'un congé à temps partiel, sa durée sera de 8 ou 20 mois selon que le temps de travail est de 20 ou 50 %. Le parent belge peut prendre son congé entre la naissance et les 12 ans de son enfant.

### **C. Nomenclature des actes sage-femme**

Dans chacun des deux pays dont il est question, les sages-femmes peuvent faire le choix d'être ou non conventionnées. En Belgique, si la sage-femme est conventionnée, elle doit respecter les honoraires prévus par l'INAMI et ses patientes sont remboursées à 100%. Dans le cas où elle n'est pas conventionnée, elle demeure libre de fixer ses honoraires et le remboursement est de 75% du montant prévu par l'INAMI.

En France, si la sage-femme est conventionnée, ses honoraires sont remboursés à 100% pour les actes qui concernent la maternité et à 70% pour les autres actes. Si elle n'est pas conventionnée, le remboursement par l'assurance maladie se fait sur la base des tarifs d'autorité, dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement classique. À partir du premier jour de leur 6<sup>e</sup> mois de grossesse, les Françaises sont prises en charge à 100% pour tous les actes médicaux dont elles pourraient avoir besoin, que ceux-ci soient en rapport ou non avec leur grossesse.

Les honoraires de consultation des sages-femmes sont plus élevés en Belgique : 25.52€ qu'en France : 21€. En revanche, un accouchement réalisé, en journée et en semaine, par une sage-femme, dans un établissement hospitalier, est remboursé à hauteur de 312.70€ en France et 190.38€ en Belgique.

Pour une séance de préparation à la naissance le remboursement varie, en fonction du nombre de femmes qui assistent à la séance, de 8.51 à 17.01€ par femme en Belgique et de 16.80 à 33.60€ par femme en France. En Belgique, il existe une particularité qui permet aux sages-femmes, y compris celles qui sont conventionnées, de fixer librement leurs tarifs pour les cours de préparation à la naissance.

## II. L'union Européenne

L'UE n'est pas une organisation internationale créée de toutes pièces par un traité unique elle s'est, au contraire, construite par à-coups successifs, plus ou moins importants et plus ou moins espacés dans le temps. La construction de l'Union s'est faite dans l'optique d'atteindre des ambitions toujours plus importantes. Constituer une union d'une telle importance est un défi, en conséquence, l'harmonisation n'est pas parfaite et l'Union conserve un caractère hétéroclite. C'est le prix d'une union supranationale efficace, à mi-chemin entre organisation internationale et Etat fédéral. Le système institutionnel de l'UE est unique et ne saurait être comparé à celui d'un de ses Etats membres. Son fonctionnement repose sur différentes institutions européennes et plusieurs organes qui ont chacun un rôle bien défini.

En matière de santé, l'Union gagne de plus en plus de terrain et met en place des programmes de santé publique mais dans ce domaine, chaque pays conserve une grande autonomie. Pour ce qui est des sages-femmes, la profession est réglementée par une directive européenne dont le but est d'harmoniser la formation et l'exercice de la profession entre les différents pays, nous verrons ce qu'il en est.

### II.1 Histoire de sa création

L'histoire de l'Union Européenne (UE), c'est l'histoire de la mise en commun de ressources (charbon et acier), à laquelle succède un élargissement constant des domaines concernés, grâce à des compromis entre les différentes volontés étatiques.

La volonté de s'unir provient de la prise de conscience, par les dirigeants politiques de l'après seconde guerre mondiale, que « l'union fait la force ». Dès 1946 un projet naît avec deux objectifs principaux : Etablir une paix durable en Europe d'une part, et accroître d'autre part le rayonnement de l'Europe sur la scène internationale, quasi-inexistant à cette époque où deux géants, l'URSS et les Etats-Unis, dominant.

Le ministre français des affaires étrangères, Robert Schuman, propose alors à l'Allemagne une union, économique tout d'abord, ouverte également aux autres pays européens, avec pour volonté future de greffer sur cette assise économique des accords politiques importants. C'est la célèbre « déclaration Schuman » du 9 mai 1950.

Sur la base de cette déclaration, est conclu à Paris en 1951 le traité établissant la « Communauté Européenne du Charbon et de l'Acier (CECA) ». Six Etats sont signataires : La France, la Belgique, l'Allemagne, le Luxembourg, l'Italie et les Pays-Bas. On les qualifiera plus

tard d'Etats fondateurs. Ce traité, contrairement à ses successeurs, n'avait pas de vocation généraliste et portait au contraire sur un objet très restreint : la mise en commun des ressources énergétiques. Il a montré que quelque chose de commun était possible entre six Etats européens.

Forts de cette réussite, et poursuivant la volonté d'élargir les domaines concernés par une mise en commun, les six mêmes Etats signent à Rome, en 1957, deux nouveaux traités, créant chacun une nouvelle communauté européenne : La Communauté Economique Européenne (CEE) et la Communauté européenne de l'énergie atomique (Euratom). Bien qu'ayant des institutions communes, ces trois communautés (CECA, CEE, Euratom) sont distinctes à cette époque.

C'est la CEE, qui prend la plus grande importance; elle porte sur le domaine économique en général de ces 6 pays et vise à établir un marché commun. Les institutions de ces trois communautés sont ensuite fusionnées à Bruxelles en 1965, on trouve alors 4 institutions communes : une haute autorité (devenue aujourd'hui la commission), une assemblée délibérante (devenue aujourd'hui parlement), un conseil des ministres et une cour de justice. La première élection, au suffrage universel direct des députés Européens est organisée en 1979.

L'évolution de l'UE se fait également par un certain nombre d'élargissements :

- 1973 Entrée du Danemark, du Royaume-Uni et de l'Irlande ;
- 1981 Entrée de la Grèce ;
- 1986 Entrée de l'Espagne et du Portugal ;
- 1995 Entrée de l'Autriche, de la Finlande et de la Suède ;
- 2004 Dix nouveaux pays rejoignent l'UE : l'Estonie, la Lettonie, la Lituanie, la Pologne, la République Tchèque, la Slovaquie, la Slovénie, la Hongrie, Chypre et Malte ;
- 2007 dernier élargissement avec l'entrée de la Roumanie et de la Bulgarie ;
- De nouvelles candidatures comme celles de la Croatie et de la Turquie sont actuellement à l'étude.

Parallèlement au développement de l'UE, entre 1985 et 1995, se mettent en place les accords de Schengen qui prévoient la suppression progressive des frontières entre les États signataires et la libre circulation des personnes.

L'acte unique Européen, signé en 1986 est une avancée importante pour l'Union Européenne. Il reprend l'idée développée par les accords de Schengen et vise à créer un espace sans frontières intérieures pour que les citoyens s'établissent dans le pays de leur choix quelle que soit leur profession. Il inclut la politique sociale, la cohésion économique et sociale, l'environnement, la recherche et de nombreux autres domaines, aux objectifs de l'UE. L'acte

unique prévoit la réalisation d'un marché intérieur unique. Cet objectif est définitivement atteint par la signature du traité de Maastricht en 1992. Ce dernier institue la monnaie unique : l'Euro dont les pièces et billets seront mis en circulation au premier janvier 2002.

Ce même traité laisse perdurer les 3 communautés Européennes mais crée une alliance supérieure à ces communautés, l'Union Européenne. Les différents traités qui ont suivi (Amsterdam en 1999, Nice en 2001...) ont eu pour but de perfectionner cette union et d'accroître le champ de ses compétences. C'est également en poursuivant cet objectif, qu'en juin 1999 les ministres européens de l'éducation signent la déclaration de Bologne. Elle vise à introduire un système de grades académiques facilement reconnaissables et comparables, c'est ce qui aboutira en France à la mise en place du système Licence-Master-Doctorat (LMD). C'est également dans ce contexte que seront mis en place les ECTS (*European Credits Transfer System*), c'est un système de points qui a pour but de faciliter la lecture et la comparaison des programmes d'études des différents pays européens. Des crédits sont attribués à toutes les composantes d'un programme d'études en se fondant sur la charge de travail à fournir par l'étudiant. Une année d'étude représente 60 ECTS. Le processus de Bologne vise également à promouvoir la mobilité des étudiants, des enseignants et des chercheurs, et à assurer la qualité de l'enseignement.

Malgré ces perfectionnements, le refus du traité portant constitution sur l'Europe prouve clairement la difficulté d'établir une union politique claire. Cependant, les 27 Etats membres sont parvenus à signer fin 2007 le traité de Lisbonne qui renforce la démocratie dans l'Union européenne et la capacité de celle-ci à défendre les intérêts de ses citoyens.

Enfin, le 12 octobre 2012, le prix Nobel de la paix est attribué à l'Union Européenne pour sa contribution à la promotion de la paix, la réconciliation, la démocratie et les droits de l'Homme en Europe.

## II.2 Fonctionnement

Différentes institutions ont été mises en place dans le but d'assurer l'organisation législative, judiciaire et économique de l'Union Européenne. Chaque institution a un rôle bien défini et tous les Etats membres participent à leur fonctionnement.

Le Conseil Européen est composé des chefs d'Etat ou de gouvernement des Etats membres, il donne à l'Union les impulsions nécessaires à son développement et en définit les orientations et les priorités politiques générales. Le Conseil européen se réunit quatre fois par an sur convocation de son président. Si la situation l'exige, le président peut convoquer une réunion

extraordinaire du Conseil européen. Le président du Conseil européen, nommé par les membres du conseil, dispose d'un mandat de deux ans et demi, renouvelable une fois.

La Commission Européenne est une institution indépendante et collégiale, composée de commissaires et de fonctionnaires. Les commissaires sont au nombre de 27, un par état membre et sont nommés pour cinq ans par les différents gouvernements. La mission de la commission européenne est de représenter et de défendre l'intérêt de l'Union Européenne. Investie de compétences exécutives qu'elle partage avec le Conseil de l'UE, elle détient le pouvoir de proposer la législation, de mettre en œuvre les politiques et le budget européen, et de contrôler l'application des traités et des lois au sein de l'Union.

Le Conseil des ministres de l'Union Européenne est l'institution qui représente les intérêts des Etats membres. Il partage avec le Parlement européen les fonctions législatives et budgétaires, et exerce également des fonctions de définition et de coordination des politiques. La présidence du conseil de l'UE est dite tournante car elle change tous les 6 mois. Il n'existe pas de membres en tant que tels, le Conseil réunit les ministres compétents par domaine d'activité. Lors de chaque réunion du Conseil, les pays de l'UE délèguent le ministre chargé de la politique faisant l'objet des débats. Par exemple, les ministres de l'environnement participent aux réunions traitant de questions liées à ce thème. Les réunions du Conseil sont présidées par le ministre en charge issu du pays assurant la présidence tournante de l'UE.

Le Parlement Européen est composé de 754 députés élus pour cinq ans au suffrage universel direct, à la représentation proportionnelle. Le Parlement a le pouvoir de voter le budget proposé par la Commission européenne et il partage avec le Conseil de l'Union Européenne le pouvoir législatif de l'Union. Le Parlement a aussi un rôle de contrôle et de surveillance démocratique de l'activité des autres institutions européennes.

L'Union Européenne dispose également d'autres institutions que sont :

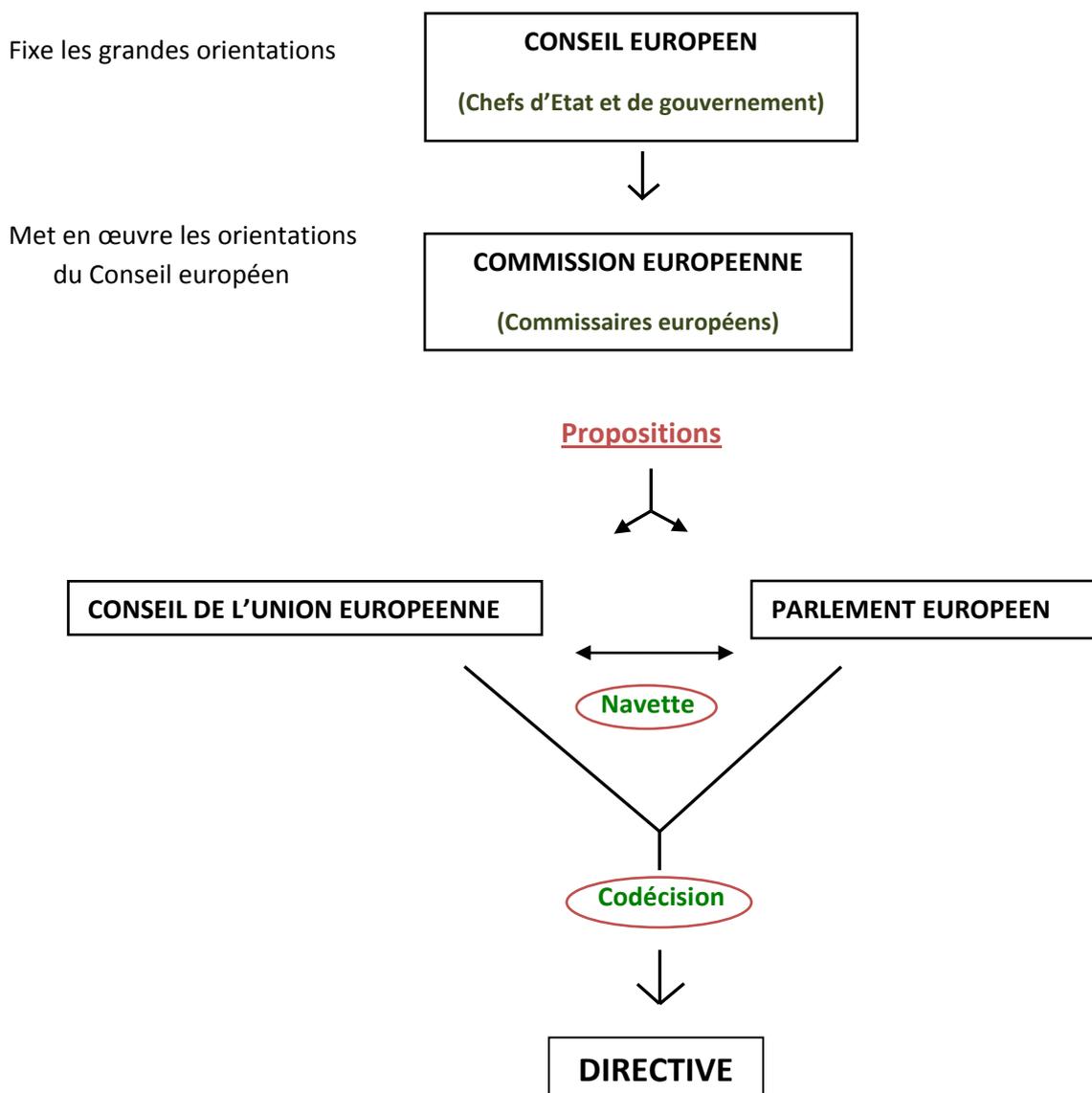
- La Cour des comptes qui examine les finances et contrôle la gestion financière de l'Union Européenne, et de ses institutions. Créée en 1975, elle a son siège à Luxembourg.

- La Banque Centrale Européenne (BCE) est chargée d'émettre l'euro comme monnaie commune et unique, de définir les grandes orientations de la politique monétaire de la zone euro. Elle doit également maintenir le pouvoir d'achat de l'euro et donc la stabilité des prix dans la zone euro. La Banque Centrale Européenne a été établie en 1998 et son siège est à Francfort, en Allemagne.

- La Cour de justice interprète la législation européenne de manière à garantir une application uniforme du droit dans tous les pays de l'UE. Elle contrôle la légalité des actes des

institutions européennes et statue sur le respect, par les États membres, des obligations qui découlent des traités. Elle statue également sur les différends opposant les gouvernements des États membres et les institutions de l'UE. Des particuliers, entreprises ou organisations peuvent également saisir la Cour de justice s'ils estiment qu'une institution de l'UE n'a pas respecté leurs droits. Créée en 1952, elle siège à Luxembourg.

Organigramme des institutions européennes et de leurs interactions aboutissant à l'élaboration d'une directive :



Les chefs d'Etats et de gouvernement se réunissent en Conseil Européen pour fixer les grandes orientations de l'Union, c'est ensuite la Commission Européenne qui met en œuvre ces orientations en faisant des propositions. Ces propositions sont étudiées par le Parlement européen où siègent les députés élus au suffrage universel direct et par le Conseil de l'Union Européenne où siègent les ministres en charge du sujet dans chaque Etat membre. Le Conseil de l'Union Européenne et le Parlement européen sont co-législateurs, la directive en cours

d'élaboration navigue de l'un à l'autre jusqu'à aboutir à une codécision qui donne naissance à la directive définitive.

## II.3 Politique de santé de l'Union Européenne

Au sein de l'Union Européenne, chaque Etat membre a son propre système de santé. Cependant, l'article 168 du traité sur le fonctionnement de l'Union Européenne prévoit que : *« Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union. »* Il précise également que l'action de l'Union complète les politiques nationales en matière d'amélioration de la santé publique et de prévention des maladies et affections humaines. L'Union encourage la coopération entre les États membres en matière de santé, elle peut également appuyer leur action mais ce sont les pays qui coordonnent entre eux leurs politiques et programmes de santé.

Le premier programme de santé publique de l'Union a couvert la période 2003 - 2007. Il a démontré qu'il existe une place pour les activités de santé publique au niveau européen. L'intégration d'une politique de santé commune au sein de l'Union Européenne a élargi le rayonnement de celle-ci et a permis aux Etats membres de travailler sur des sujets qu'ils n'auraient parfois pas été capables d'endosser seuls.

Devant ce succès, un deuxième programme a été mis en place pour la période 2008 - 2013. Ses objectifs sont :

- Améliorer la sécurité des citoyens en matière de santé
- Promouvoir la santé et réduire les inégalités dans ce domaine
- Créer et diffuser l'information et la connaissance en matière de santé

Du fait de l'élargissement de l'Europe, ce projet met l'accent sur les inégalités en matière de santé et sur le transfert des connaissances aux Etats membres entrés dans l'Union en 2004 et 2007.

Les deux programmes ont encouragé la collaboration transfrontalière entre les Etats membres, l'établissement et le maintien de réseaux et le partage des expériences à travers l'Europe. Les actions menées par les programmes de santé influencent les politiques de santé au niveau européen, national et local. De ce fait, la Commission Européenne a proposé en novembre 2011 un 3<sup>e</sup> programme qui devrait aider les pays de l'UE à répondre aux challenges économiques et démographiques auxquels leurs systèmes de santé doivent faire face.

Deux exemples de projets européens en matière de santé :

- Le Projet Euro-peristat

Son but est d'améliorer la santé des mères et des bébés dans l'UE en faisant la promotion des bonnes pratiques et en échangeant les meilleures prises en charge. Pour ce faire, le projet prévoit la construction d'un système de surveillance de la santé périnatale.

Le rapport européen sur la santé périnatale réalisé par l'équipe d'Euro-péristat permet une vision globale en présentant les données sur la mortalité, le faible poids de naissance et les naissances prématurées en parallèle avec l'état de santé de la mère et d'autres facteurs pouvant affecter l'issue de la grossesse. Il met aussi en évidence les différences dans la façon dont sont collectées les données et explique comment cela affecte la comparaison entre les pays.

Il a, par exemple, permis de mettre en évidence que la France a le taux de naissances d'enfants sans vie le plus élevé d'Europe, ce qui s'explique en grande partie par une politique active de dépistage des anomalies congénitales et la pratique d'interruptions médicales de grossesse (IMG) relativement tardives. Le nombre de naissances d'enfants sans vie est évalué à partir de l'état civil et en France, toutes les naissances à partir de 22 semaines d'aménorrhée y sont répertoriées. Le rapport propose que la France collecte les informations en distinguant les morts foetales spontanées des IMG et en indiquant l'âge gestationnel du fœtus au moment du décès, afin que ces données puissent être comparées avec celles des autres pays [26].

En Belgique, le principal problème rencontré dans la rédaction de ce rapport est l'absence de données pour la région Wallonne, des mesures ont été prises pour améliorer la collecte des informations dans cette région [25].

L'émission de tels rapports permet de comparer les pays et ainsi de mettre l'accent sur des taux très éloignés de la moyenne européenne, la Flandre compte par exemple 63% d'épisiotomies.

- Le Projet EuroNeostat II

Le taux de naissances prématurées augmente dans l'UE. Le projet EuroNeoStat II concerne plus particulièrement les enfants nés avant 32 Semaines d'Aménorrhée (SA). Son but est de générer et de créer un système d'information à travers l'Europe sur les meilleurs moyens de s'occuper de ces enfants afin d'augmenter leurs chances de survie.

Grace au projet, les médecins peuvent désormais comparer les résultats concernant les bébés prématurés à travers le rassemblement des informations dans toute l'Europe. Le

projet a pour but d'harmoniser et de standardiser le traitement et la prise en charge de tous les prématurés. De cette façon chacun pourra recevoir un traitement optimal et tous auront les mêmes chances de survie quel que soit leur lieu de naissance.

## II.4 Les sages-femmes et l'Union Européenne

Comme nous le rappelions dans l'introduction, la profession de sage-femme est une profession sectorielle, c'est-à-dire que ce titre est reconnu de manière automatique d'un Etat membre à un autre. Pour cela, la formation doit être harmonisée entre les pays de l'Union Européenne. Dès 1980, des directives ont été prises en ce sens. Aujourd'hui, ces directives ont été abrogées et leur contenu a été rassemblé dans la directive 2005/36/CE du 7 Septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles. Le but de cette directive est de rassembler en un seul texte toutes les directives préexistantes concernant la reconnaissance des qualifications professionnelles. Pour les membres des professions sectorielles que sont les : médecins, infirmiers, dentistes, vétérinaires, sages-femmes, pharmaciens et architectes, elle prévoit la reconnaissance automatique des titres grâce à une coordination des conditions minimales de formation.

### A. La reconnaissance des titres

La reconnaissance des titres de sage-femme au niveau européen permet aux sages-femmes, qui ont reçu au minimum la formation proposée par la directive, d'exercer leur profession dans un autre Etat européen dans les mêmes conditions que les nationaux. Le texte exige cependant que le bénéficiaire possède les connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de la profession.

Deux cas de figure sont possibles :

- La sage-femme a débuté sa formation après la date de référence fixée par la directive pour le pays dont elle ressort. Pour la France et la Belgique la date retenue est le 23 Janvier 1983. Elle bénéficie alors d'une reconnaissance automatique de son titre et peut exercer dans l'Etat membre de son choix au même titre que les ressortissants de cet Etat.
- La sage-femme a débuté sa formation avant la date de référence. Elle ne peut donc pas prétendre à une reconnaissance automatique et doit suivre le même circuit que les individus originaires d'un pays qui n'appartient pas à l'Union Européenne.

## B. L'accès à la profession de sage-femme

Avant de débiter des études de sage-femme, la directive impose que l'intéressé ait suivi une formation générale d'au moins dix ans sanctionnée par un diplôme. En France et en Belgique douze ans de parcours scolaire et l'obtention du baccalauréat ou du Certificat d'Enseignement Secondaire Supérieur (équivalent belge du baccalauréat) sont nécessaires.

Pour ce qui est de la formation spécifique de sage-femme, il n'a pas paru souhaitable au législateur d'imposer une voie de formation unifiée à l'ensemble des Etats membres. On peut donc accéder au titre de sage-femme reconnu au niveau Européen par différentes voies que sont :

- Voie 1 : Une formation spécifique à temps plein de sage-femme d'au moins trois années d'études théoriques et pratiques.
- Voie 2 : Une formation spécifique à temps plein de sage-femme d'au moins deux ans (3 600 heures) à condition d'avoir obtenu un diplôme d'infirmier reconnu au niveau européen.
- Voie 2 bis : Une formation spécifique à temps plein de sage-femme d'au moins 18 mois (3 000 heures) à condition d'avoir obtenu un diplôme d'infirmier reconnu au niveau européen et d'avoir exercé en tant que tel pendant un an.

Les Etats membres sont autorisés à proposer des formations à temps partiel mais ils doivent veiller à ce que la durée totale, le niveau et la qualité de cette formation ne soient pas inférieurs à ceux de la formation à temps plein.

On note ici une ambiguïté car, si la directive précise le nombre d'heures de formation nécessaires à l'obtention du titre de sage-femme pour les voies 2 et 2 bis, elle ne le fait pas pour la voie 1. La définition du temps plein est laissée libre aux Etats membres. Cela explique les différences importantes que l'on peut constater concernant le temps de formation. Par exemple, en Pologne, la formation dure trois ans mais seulement 2 500 heures. La prochaine révision de la directive devrait permettre d'imposer un minimum de 5 000 heures de formation théorique et pratique pour accéder au titre [12].

La formation de sage-femme donne la garantie que l'intéressé a acquis les connaissances et compétences suivantes :

- Connaissance adéquate des sciences qui sont la base des activités de sage-femme, notamment de l'obstétrique et de la gynécologie ;
- Connaissance adéquate de la déontologie et de la législation professionnelle ;

- Connaissance approfondie des fonctions biologiques, de l'anatomie et de la physiologie dans le domaine de l'obstétrique et du nouveau-né, ainsi qu'une connaissance des relations existant entre l'état de santé et l'environnement physique et social de l'être humain et son comportement ;
- Expérience clinique adéquate sous le contrôle d'un personnel qualifié en obstétrique et dans les établissements agréés ;
- Compréhension adéquate de la formation du personnel de santé et expérience de la collaboration avec le personnel.

### C. Les conditions minimales de formation

La directive demande aux Etats membres de veiller à ce que, à l'issue de sa formation, la sage-femme soit au moins habilitée à :

- 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 ou conseiller les examens nécessaires au diagnostic le plus précoce possible de toute grossesse à risque ;
- Etablir 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-utéro 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 s'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 ;
- Etablir les rapports écrits nécessaires.

Pour parvenir à cela il est indispensable que les formations de sage-femme dispensées dans les différents Etats membres de l'Union Européenne soient unifiées. C'est pourquoi la directive propose un programme minimum de formation théorique et pratique :

### **Enseignement théorique et technique**

#### **1. Matières de base**

- Notions fondamentales d'anatomie et de physiologie
- Notions fondamentales de pathologie
- Notions fondamentales de bactériologie, de virologie et de parasitologie
- Notions fondamentales de biophysique, de biochimie et de radiologie
- Pédiatrie, eu égard notamment aux nouveau-nés
- Hygiène, éducation sanitaire, prévention des maladies, dépistage précoce
- Nutrition et diététique, eu égard notamment à l'alimentation de la femme, du nouveau-né et du nourrisson
- Notions fondamentales de sociologie et problème de la médecine sociale
- Notions fondamentales de pharmacologie
- Psychologie
- Pédagogie
- Législation sanitaire et sociale et organisation sanitaire
- Déontologie et législation professionnelle
- Éducation sexuelle et planification familiale
- Protection juridique de la mère et de l'enfant

#### **2. Matières spécifiques aux activités de sage-femme**

- Anatomie et physiologie
- Embryologie et développement du fœtus
- Grossesse, accouchement et suites de couches
- Pathologie gynécologique et obstétricale
- Préparation à l'accouchement et à la parenté, y compris les aspects psychologiques
- Préparation de l'accouchement (y compris connaissance et emploi du matériel obstétrical)
- Analgésie, anesthésie et réanimation
- Physiologie et pathologie du nouveau-né
- Soins et surveillance du nouveau-né
- Facteurs psychologiques et sociaux

**Enseignement pratique et enseignement clinique** doivent s'effectuer sous la forme de stages guidés dans les services d'un centre hospitalier ou dans d'autres services de santé et doivent comporter :

- Consultations de femmes enceintes comportant au moins cent examens prénataux
- Surveillance et soins d'au moins quarante parturientes.
- Pratique par élève d'au moins quarante accouchements; lorsque ce nombre ne peut être atteint en raison de l'indisponibilité de parturientes, il peut être ramené à trente au minimum, à condition que l'élève participe activement en outre à vingt accouchements.
- Participation active aux accouchements par le siège. En cas d'impossibilité liée à un nombre insuffisant d'accouchements par le siège, une formation par simulation devra être réalisée.
- Pratique de l'épisiotomie et initiation à la suture. L'initiation comprendra un enseignement théorique et des exercices cliniques. La pratique de la suture comprend la suture des épisiotomies et des déchirures simples du périnée, qui peut être réalisée de façon simulée si c'est absolument indispensable.
- Surveillance et soins de quarante femmes enceintes, en cours d'accouchement ou accouchées, exposées à des risques.
- Surveillance et soins, y compris examen, d'au moins cent accouchées et nouveau-nés sains.
- Observations et soins de nouveau-nés nécessitant des soins spéciaux y compris ceux nés avant terme, après terme ainsi que de nouveau-nés d'un poids inférieur à la normale ou de nouveau-nés malades.
- Soins aux femmes présentant des pathologies en gynécologie et en obstétrique.
- Initiation aux soins en médecine et en chirurgie. L'initiation comprendra un enseignement théorique et des exercices cliniques.

Ce programme peut être allégé, pour les candidats en possession d'un diplôme d'infirmier, des notions déjà acquises pendant cette formation. Il concerne la formation initiale, le législateur reconnaît l'importance de la formation continue mais laisse le soin aux Etats d'arrêter les modalités selon lesquelles les professionnels se tiendront informés des progrès techniques et scientifiques.

Cette directive prévoit également une « *collaboration étroite* » et une « *assistance mutuelle* » entre les Etats membres afin de permettre l'application de la reconnaissance mutuelle et, si besoin, l'échange d'informations, notamment disciplinaires, concernant le citoyen en question.

A la demande de certains pays européens, dont la France, la directive est en cours de révision et une nouvelle version comportant des modifications devrait voir le jour avant la fin de l'année 2013. Tous les candidats à l'exercice de la profession devront avoir effectué douze

ans d'études générales avant de débiter des études de sage-femme. La possibilité de prescrire les médicaments en rapport avec l'activité de sage-femme devrait également être ajoutée.

C'est en France que la formation est la plus longue avec 5 ans d'études et 8 000 heures et de formation. La France et la Belgique font partie des pays Européens les plus exigeants en matière de formation des sages-femmes. Il semble aujourd'hui que des pays plus récents au sein de l'union, et dont le niveau de développement est inférieur, peinent à mettre en place la directive Européenne. En effet, dans certains pays d'Europe de l'Est par exemple, les sages-femmes n'interviennent qu'en tant qu'assistantes. Si la formation a été actualisée dans les textes pour satisfaire les obligations européennes, sur le terrain la formation reste adaptée à cette manière d'exercer. Le problème se pose lorsqu'elles souhaitent travailler dans un autre pays de l'Union.

### III. La profession de sage-femme dans ces deux pays

L'Organisation Mondiale de la Santé a établi une définition internationale de la sage-femme qui est la suivante :

*« Une sage-femme est une personne qui a suivi un programme de formation reconnu dans son pays, a réussi avec succès les études afférentes et a acquis les qualifications nécessaires pour être reconnue ou licenciée en tant que sage-femme. Elle doit être en mesure de superviser les soins, de fournir des conseils à la femme enceinte, en travail et en période post-partum, d'aider lors d'accouchement sous sa responsabilité et de prodiguer des soins aux nouveau-nés et aux nourrissons. Ces soins incluent des mesures préventives, le dépistage des conditions anormales chez la mère et l'enfant, le recours à l'assistance médicale en cas de besoin et l'exécution de certaines mesures d'urgence en l'absence d'un médecin. Elle joue un rôle important en éducation sanitaire, non seulement pour les patientes, mais aussi pour la famille et la préparation au rôle de parents, sa mission s'étend dans certaines sphères de la gynécologie, de la planification familiale et des soins à donner à l'enfant. La sage-femme peut pratiquer en milieu hospitalier, en clinique, à domicile ou en tout autre endroit où sa présence est requise. »*

Toutefois, l'exercice de la profession est influencé par l'histoire et la culture du pays, les sages-femmes n'exercent pas aux mêmes endroits ni de la même façon selon leur nationalité. De ce fait, la profession s'organise différemment. Grâce à l'Union Européenne, les sages-femmes peuvent s'établir dans n'importe lequel des Etats membres, nous verrons ce qu'il en est des échanges entre la France et la Belgique.

#### III.1 Historique de la profession

Afin de mieux comprendre la situation d'aujourd'hui, il est essentiel de retracer rapidement l'histoire de la profession dans chacun des pays concernés.

Dans l'Antiquité, alors que l'obstétrique avait un caractère sacré et magique en Egypte, on assiste en Grèce au développement scientifique de cette discipline. C'est également à cette époque qu'apparaît le mot « maïeutique » mis au point par Socrate, fils d'une sage-femme qu'il définissait comme « vaillante et vénérable ». Socrate utilise ce terme pour sa doctrine philosophique qu'il compare à l'art des accouchements.

## A. En France

Au moyen-âge, les accouchements sont pratiqués par des matrones souvent âgées et incultes. Pour exercer, il leur suffisait de présenter un certificat de moralité décerné par le prêtre, d'être bonnes chrétiennes et de savoir baptiser même in-utéro. Pas le moindre rudiment de connaissance obstétricale n'était demandé. Leur mission était avant tout de sauvegarder les principes religieux. Du fait de telles pratiques, la mortalité infantile est très importante à cette période, seul 25% des nouveau-nés pouvaient espérer devenir adulte.

En 1609, Louise Bourgeois rédige un livre d'obstétrique : « *Observations diverses sur la stérilité, perte de fruits, fécondité, accouchements et maladies des femmes et enfants nouveau-nés* ». Ce document constitue le premier enseignement méthodique des sages-femmes, son but est d'améliorer la prise en charge des mères et de faire reculer la mortalité néonatale. Cependant, la portée de ce document est limitée et la situation ne change pas vraiment.

Vers 1630, l'« Office des accouchées » est créé à l'Hôtel Dieu de Paris. Toutefois, le nombre de sages-femmes formées est insuffisant et les campagnes manquent cruellement de bonnes praticiennes.

Il faut attendre le XVIII<sup>e</sup> siècle, qu'une sage-femme devenue célèbre, Madame Le Boursier du Coudray, jette un cri d'alarme et se fasse entendre. Convaincue qu'on ne peut pas laisser mourir des enfants à peine nés et des femmes jeunes, elle entame un tour de France de 25 années et entreprend de former les sages-femmes aux accouchements. Pour ce faire, elle a confectionné un mannequin à partir d'un bassin osseux de femme recouvert de tissu. Son enseignement dure 6 à 8 semaines, ce qui est court quand on sait que la plupart des femmes auxquelles elle s'adresse ne savent ni lire ni écrire. Sa méthode lui permettra de former plus de 3000 matrones et chirurgiens sur tout le territoire, elle est la première pédagogue de l'obstétrique.

La première école de sage-femme à proprement parler ouvre ses portes en 1802 à Port-Royal, à l'initiative de Mr Baudelocque et de Mme La Chapelle. En 1806, Napoléon, crée la *Chaire d'Obstétrique*, qui sera la première spécialité médicale. Le premier titulaire en sera Jean Louis Baudelocque. Un an plus tard la durée des études passe de 6 mois à 1 an.

C'est surtout au cours du XX<sup>ème</sup> siècle que se sont structurées les études de sage-femme.

Le décret du 9 janvier 1917 et les arrêtés des 11 janvier et 24 juillet 1917 ont organisé les études de sage-femme en deux ans avec un nouveau programme. Une année pour acquérir les bases des soins généraux et une année pour aborder l'obstétrique et la puériculture.

Le contenu des études va être particulièrement remanié pendant la période de l'occupation. En 1943, une loi dispose que les études de sage-femme se déroulent sur trois ans, un an en commun avec les infirmières pour apprendre les soins généraux et des bases de médecine, puis deux ans pour l'obstétrique, la gynécologie et la pédiatrie. A partir de cette période, un concours d'entrée est organisé pour permettre l'accès aux écoles de sages-femmes.

En 1945, le conseil national de l'ordre des sages-femmes est créé et en 1949, le code de déontologie fait son apparition, il fixe les droits et devoirs des sages-femmes.

En 1973, les études de sage-femme deviennent indépendantes, la première année n'est plus commune aux infirmières. Sont également introduites des notions nouvelles telles que la législation ou la psychologie.

En 1982, la profession s'ouvre aux hommes qui peuvent désormais suivre des études de sage-femme.

A partir de 1983 le baccalauréat est obligatoire et en 1985 la durée de la formation passe à 4 ans et la rédaction d'un mémoire de fin d'étude devient nécessaire.

En 2002, la formation est allongée d'une année puisque à partir de cette date, les étudiants doivent, pour entrer à l'école, avoir validé la première année de médecine au même titre que les médecins et dentistes.

A partir de la rentrée universitaire 2010-2011, la durée d'étude est maintenue à 5 ans mais le grade master est reconnu pour les étudiants en maïeutique. Cette réforme permet de répondre aux obligations européennes et entraîne la possibilité pour les sages-femmes de faire de la recherche et d'obtenir un doctorat.

## **B. En Belgique**

Au cours de ses années sur les routes, madame Du Coudray a quitté une fois le territoire français, en 1775, pour donner un cours à Ypres, en Belgique. A la suite de cela, des cycles de cours sont mis sur pied, entre autres à Bruges, Courtrai et Furnes. Cependant, l'annexion d'une partie de la Belgique par la République française en 1795 fait table rase de ces développements.

La profession de la sage-femme est réglementée par la loi du 12 mars 1818. Cette loi, précise que la sage-femme ne peut intervenir que pour des naissances naturelles. A cette époque, il n'existe pas encore d'écoles de sages-femmes. Les candidates doivent aller en apprentissage auprès d'une sage-femme établie. Cinq ans plus tard, l'arrêté royal du 6 janvier 1823 prévoit la création d'écoles pour sages-femmes, auprès des hôpitaux civils. A cette époque, la profession était très estimée et les sages-femmes étaient indépendantes.

Au XIX<sup>e</sup> siècle, l'évolution de la médecine scientifico-académique conduit à un recul international de la profession. Ce phénomène peut s'expliquer d'une part par l'apparition des infirmières et d'autre part par le fait que les médecins semblent avoir beaucoup plus à offrir que les sages-femmes.

Au début du XX<sup>e</sup> siècle, la profession est menacée d'interdiction, la natalité baisse, les sages-femmes sont toujours très mal considérées et mal payées. Puis, avec l'amélioration des conditions d'hygiène et du niveau de vie de la population, la sage-femme a de nouveau un rôle clé, en tant que collaboratrice du médecin.

En 1924, le titre de sage-femme est remplacé par celui d'accoucheuse. L'arrêté royal de 1924 va réglementer les études ainsi que la profession de sage-femme. Dans ce cadre de référence, on reconnaît l'amorce d'une obstétrique basée sur des normes. Cependant, l'esprit paternaliste de l'époque fait de la sage-femme une auxiliaire médicale qui seconde le médecin.

En 1945, devant le nombre important de gynécologues et de lits vacants dans les hôpitaux, le pays décide de rembourser tous les accouchements à l'hôpital, qu'ils soient pathologiques ou non. A partir de ce moment-là, l'accouchement à l'hôpital devient la norme en Belgique. Il procure à la population une impression de sécurité et de confort plus importante que l'accouchement à domicile. La conséquence est la migration des accouchements et des accoucheuses vers le secteur hospitalier où elles travaillent désormais sous le statut d'employées.

Afin de pouvoir modifier leur statut les sages-femmes créent des associations. Et en particulier, en 1946, un conseil national des accoucheuses flamandes et wallonnes destiné à mener des actions communes à l'occasion de problèmes professionnels.

Malgré cela, les choses s'aggravent lorsqu'en 1957, la formation de sage-femme est réduite à deux années de formation d'infirmière suivies d'une année de spécialisation en obstétrique. Ceci va contribuer à assimiler les deux pratiques et l'accoucheuse sera progressivement considérée comme une infirmière spécialisée. Une discordance s'installe alors progressivement entre la pratique de terrain et le cadre légal qui est, lui, beaucoup plus vaste.

Parallèlement, les kinésithérapeutes poussent la porte des salles d'accouchement afin d'aider les femmes au moment crucial. Cette pratique s'est développée différemment selon les régions du pays, mais les kinésithérapeutes ont longtemps gardé le monopole de la préparation à l'accouchement. Les gynécologues-obstétriciens, quant à eux, se sont appropriés le suivi des grossesses ainsi que les accouchements.

En 1980, alors que sont promulguées les directives CEE qui ont pour but d'uniformiser la formation et la pratique professionnelle, les hommes font leur apparition dans la profession et portent, eux-aussi, le titre d'accoucheuse.

Ce n'est qu'en 1991, dix ans après les directives européennes réglementant la profession de sage-femme, que les compétences de l'accoucheuse belge sont élargies et réactualisées. Un arrêté royal est alors élaboré en tenant compte des avis des associations professionnelles d'accoucheuses.

En 1995, la communauté française de Belgique remanie la formation en quatre années d'études ayant une base commune avec les infirmiers.

En 1997 est créé le Conseil National des Accoucheuses. C'est est le premier organe consultatif légal entre les associations des accoucheuses et le ministère de la santé publique. Il sera remplacé dix ans plus tard par le Conseil fédéral des sages-femmes.

Depuis la rentrée 2005-2006, un cursus spécifique accoucheuse a été défini. Et en 2007, c'est de nouveau le terme sage-femme qui est choisi pour désigner la profession.

## **III.2 Organisation et représentation de la profession**

Pour être mieux représenté, avoir plus de poids et pouvoir évoluer, il a été nécessaire que la profession s'organise et que ses membres se rassemblent.

### **A. En France**

Au même titre que les médecins ou les chirurgiens-dentistes, toutes les sages-femmes titulaires du diplôme d'Etat qui souhaitent exercer doivent être inscrites au tableau de l'Ordre du département d'exercice. L'inscription à un tableau de l'ordre rend licite l'exercice de la profession sur tout le territoire national. Ne peuvent être inscrits au tableau de l'ordre que les individus qui remplissent les conditions de moralité, d'indépendance et de compétence nécessaires.

Le Conseil de l'Ordre des sages-femmes est une institution dotée de la personnalité civile et morale. C'est un organisme privé, chargé par le législateur, d'une mission de service public.

L'Ordre est le référent incontournable des pouvoirs publics, puisque ces derniers ont l'obligation de le consulter dès lors que la profession est concernée. Ce rôle lui permet de défendre au mieux les intérêts de la profession.

Les trois principales missions de l'Ordre sont :

- Veiller au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la profession,
- Veiller à l'observation par les sages-femmes des devoirs professionnels et des règles de déontologie,
- Défendre l'honneur et l'indépendance de la profession.

Il possède une chambre disciplinaire qui peut être saisie, entre autre, par le ministre chargé de la santé, le préfet du département ou une association de praticiens. La chambre disciplinaire nationale est composée de quatre sages-femmes dont deux font partie du Conseil national de l'Ordre et deux sont extérieures, elle est présidée par un membre du Conseil d'Etat nommé par le ministre de la justice. Les sanctions pouvant être prononcées par la chambre disciplinaire sont l'avertissement, le blâme, l'interdiction temporaire ou permanente d'exercer une, plusieurs ou la totalité des fonctions de sage-femme ou la radiation du tableau de l'Ordre. Lorsque les faits reprochés à une sage-femme ont révélé une insuffisance professionnelle, la chambre disciplinaire de première instance peut contraindre l'intéressée à suivre une formation dans le cadre du développement professionnel continu.

L'Ordre remplit ses missions en privilégiant toujours le respect et l'intérêt de la patiente et du nouveau-né. Il est le garant des compétences des sages-femmes.

Rassembler tous les professionnels au sein d'une même organisation permet une plus grande cohésion et augmente considérablement leur poids au niveau national et international.

## **B. En Belgique**

Il existe un Conseil fédéral des sages-femmes dont le rôle est de rendre des avis et de faire des propositions auprès du Ministère de la Santé concernant toutes les matières sous compétence fédérale. Ce Conseil souhaite la création d'un Ordre national tel qu'il existe en France qui permettrait de s'assurer que les conditions d'exercice sont remplies. Actuellement, la sage-femme doit simplement faire viser son diplôme par la commission médicale provinciale du lieu d'exercice. Les sages-femmes belges n'ont pas l'obligation d'être rattachées à un organisme quel qu'il soit.

Le Conseil fédéral des sages-femmes belges a publié en 2006 le profil professionnel de la sage-femme en Belgique. Dans ce document, figurent les huit compétences essentielles de la sage-femme :

1. La sage-femme accompagne et surveille de façon globale et autonome les femmes en bonne santé et les nouveau-nés à partir du projet de conception, pendant la grossesse normale, pendant la naissance et après la naissance et stimule l'intégration de la famille.
2. Dans les domaines de la fertilité, de la médecine de la reproduction, médico-obstétrical et médico-néonatal, la sage-femme est compétente et qualifiée pour dispenser des soins intensifs et/ou à haut risque, tant pour la femme que pour le nouveau-né, en collaboration et/ou en référence à des gynécologues, des néonatalogistes et d'autres médecins spécialistes.
3. La sage-femme situe la femme dans son contexte familial et social. Elle reconnaît les besoins et les situations de crise psychosociale.
4. La sage-femme a un rôle à jouer dans la formation sexuelle et relationnelle des jeunes. Elle stimule et promeut la santé de la femme, de la mère, de l'enfant et de la famille. Elle informe les couples ayant des problèmes de fertilité.
5. La sage-femme est responsable de l'organisation de son travail dans les domaines où elle exerce ses compétences. Elle collabore à l'ensemble de la politique de santé en tant que membre actif.
6. La sage-femme initie et/ou participe activement à l'assurance et la promotion de la qualité des soins et contribue à son développement.
7. La sage-femme cherche à fonder sa pratique sur l'évidence, à partir d'une réflexion critique sur ses propres actions. Elle possède les aptitudes d'apprentissage et des attitudes qui contribuent à l'évolution constante de sa carrière tout au long de sa vie professionnelle.
8. Dans le cadre de sa profession, la sage-femme forme et accompagne les étudiants et jeunes diplômés pour garantir des prestations de soins optimales.

Pour chaque compétence est détaillé et explicité ce que la sage-femme doit faire ou savoir faire. Par exemple pour la compétence n°1 on trouve dans la partie post-partum : « *aider activement la mère à l'alimentation de son enfant* » et pour la compétence n°3, la sage-femme doit « *être en mesure de prendre en charge avec empathie une situation de deuil périnatal* ».

### **C. Les associations de sages-femmes**

Dans de nombreux pays européens, les sages-femmes sont en mal de reconnaissance. Pour avoir plus de poids, elles se regroupent en associations et militent pour l'évolution et la reconnaissance de leur profession.

Les sages-femmes belges peuvent, si elles le souhaitent, s'affilier à une des quatre associations présentes sur le territoire. Ces associations, dont deux sont francophones et deux néerlandophones, ont fondé la « *Belgian Midwives Association* » (BMA) afin de se regrouper et

d'avoir plus de poids au niveau national et international. La BMA et les quatre associations de sages-femmes belges œuvrent pour défendre les intérêts de la profession, protéger son caractère médical, améliorer la qualité des formations initiale et continue, et encourager la recherche. Les publications et congrès de la BMA sont traduits en français, anglais et néerlandais.

En France, il existe beaucoup d'associations de sages-femmes, elles se rassemblent souvent en fonction de leur mode d'exercice (sages-femmes libérales, sages-femmes territoriales, sages-femmes cadres...). La multiplication des associations pouvant être source de confusion le Collectif des Associations et Syndicats de Sages-Femmes (CASSF) a été créé fin 2007, il a pour objet de faire le lien entre les associations nationales et syndicats de la profession avec la participation consultative du Conseil national de l'Ordre et a permis d'unifier les professionnels afin qu'ils aient une meilleure représentativité et une force de revendication plus importante.

A la fin de l'année 2010, le CASSF publie le « *référentiel métier et compétences de la sage-femme* ». Ce document, voué à être régulièrement complété, comporte une liste de huit situations typiques de l'activité de sage-femme.

1. Conduire une consultation prénatale
2. Organiser et animer une séance collective de préparation à la naissance et à la parentalité
3. Assurer une consultation d'urgence pour douleurs abdominales au cours du 3ème trimestre
4. Diagnostiquer et suivre le travail, réaliser l'accouchement et surveiller ses suites
5. Diagnostiquer et prendre en charge l'hémorragie de la délivrance
6. Assurer un suivi mère-enfant dans les suites de couches jusqu'à la visite post natale
7. Réaliser une consultation de contraception et de suivi gynécologique de prévention
8. Réaliser une réanimation néo-natale

Chaque situation est développée en trois axes afin de permettre à la sage-femme de réaliser un diagnostic, de décider de l'indication et d'une stratégie de prise en charge, d'effectuer un suivi et d'assurer la continuité de la prise en charge. Les détails donnés sont très pragmatiques et concernent en majorité les compétences médicales de la sage-femme « *examiner les seins* », « *vérifier l'intégrité du placenta et des membranes* » bien que les compétences qui concernent l'accompagnement socio-psychologique soient également évoquées : « *évaluer le lien mère-enfant* ».

Dans les deux pays on peut saluer la détermination des sages-femmes pour faire évoluer et (re)connaître leur profession.

### III.3 Secteurs d'activité

Les sages-femmes sont un peu plus de 25 000 à exercer en France et leur nombre augmente d'environ 3% par an. Elles sont un peu moins de 9 000 en Belgique. Rapporté au nombre de naissances annuelles on constate qu'en France il y a 41.5 naissances par sage-femme et par an contre seulement 11.5 en Belgique.

La majorité des sages-femmes européennes, quelle que soit leur nationalité, est hospitalière et une proportion importante est salariée d'établissements hospitaliers privés. En revanche la manière d'exercer n'est pas la même dans tous les pays. Proportionnellement au nombre de naissances, les obstétriciens sont plus nombreux en Belgique et ils sont également plus présents dans les hôpitaux et en salle de travail par exemple. Il est fréquent que, y compris dans les établissements publics, les patientes aient leur propre médecin et que ce dernier se déplace pour l'accouchement. De façon générale, la sage-femme réalise le suivi du travail au cours duquel elle occupe une place importante pour l'accompagnement relationnel et le soutien psychologique des femmes mais les accouchements sont souvent pratiqués par un obstétricien. Pendant l'expulsion, la sage-femme est présente en tant qu'aide. En Belgique, qu'il s'agisse d'un établissement privé ou public, les gynécologues obstétriciens, et les autres médecins, sont rémunérés à l'acte, ce qui ne favorise pas vraiment l'autonomie de la sage-femme.

En Europe, rares sont les pays où on trouve des sages-femmes libérales. C'est en France et en Belgique qu'elles sont les plus nombreuses. En France en 2010, 18% des sages-femmes exercent en libéral, la même année en Belgique, elles sont 7% et on les appelle indépendantes [22]. Dans les deux pays, l'âge moyen des sages-femmes est plus élevé dans ce mode d'exercice. En effet, il est fréquent qu'une sage-femme commence sa carrière par un exercice hospitalier avant de se tourner vers le libéral. Néanmoins, cette tendance commence à s'estomper en France et les jeunes sages-femmes s'installent de plus en plus rapidement en libéral.

L'activité libérale n'est pas tout à fait la même selon qu'on se trouve en France ou en Belgique. En Belgique, après avoir été sévèrement concurrencées par les kinésithérapeutes pour les séances de préparation à la naissance, les sages-femmes sont aujourd'hui les principaux prestataires sur ce marché. Les séances de type haptonomie, chant prénatal ou encore hypnose, minoritaires en France, sont monnaie courante en Belgique. Après la naissance, les mères belges se tournent quasi systématiquement vers un kinésithérapeute

pour rééduquer leur périnée car très peu de sages-femmes indépendantes proposent ce type d'acte. Une évolution est en cours de ce côté avec la modification récente des textes qui régissent les compétences des sages-femmes belges. En France, l'exercice libéral est en plein essor pour plusieurs raisons que sont :

- Le déplacement de l'activité des institutions à la ville, qu'il s'agisse du suivi de grossesses pathologiques ou de la prise en charge du post partum.
- L'élargissement des compétences qui permet aux sages-femmes de réaliser le suivi gynécologique des femmes en bonne santé et en âge de procréer.
- Le fait que les Françaises font de plus en plus suivre leurs grossesses par une sage-femme.

Dans le domaine du suivi de grossesse, les sages-femmes françaises ont un avantage non négligeable du fait qu'elles peuvent suivre la grossesse de manière autonome du début à la fin si celle-ci est physiologique. Leurs homologues belges doivent faire examiner leurs patientes par un médecin deux fois au cours de la grossesse. De plus, faire suivre sa grossesse par une sage-femme commence à entrer dans les mœurs et répond, pour certaines femmes, au besoin d'être accompagné sur un plan social et affectif en plus du suivi médical indispensable.

En France, un peu moins de 4% des sages-femmes exercent dans des centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI). L'équivalent belge de la PMI est l'Office National de l'Enfance (ONE) et dénombre une proportion plus importante de sages-femmes. Ce mode d'exercice correspond bien aux sages-femmes belges qui reçoivent, dans leur formation initiale, un nombre important d'enseignements qui relèvent de l'accompagnement psychosocial de la femme enceinte et de la famille.

Les sages-femmes belges, contrairement aux françaises ont la possibilité d'exercer dans les services de néonatalogie.

### **III.4 Approche culturelle**

L'évolution de la société a conduit à une modification de la façon d'appréhender la naissance et du schéma familial traditionnel dans les pays industrialisés, nous verrons ce qu'il en est en France et en Belgique.

#### **A. La naissance**

Depuis quelques années, en France comme en Belgique, on assiste à de plus en plus de demandes de la part des couples de bénéficier d'un accompagnement global par une sage-femme du tout début de la grossesse à la période post-natale. Cette demande s'inscrit souvent

dans le désir d'une naissance naturelle, moins technicisée. Différentes possibilités s'offrent à ces couples.

En Belgique, par exemple, on trouve des maisons de naissances. Elles sont au nombre de sept dont quatre du côté francophone. Chaque année, quelques centaines d'enfants naissent dans ces établissements. Ces maisons sont tenues par des sages-femmes et se trouvent souvent géographiquement proche d'un hôpital. Seules les femmes jeunes, en bonne santé et dont la grossesse se déroule normalement peuvent envisager une naissance dans ce type d'établissement. Les sages-femmes exercent en autonomie et réalisent le suivi médical de grossesse et l'accouchement.

Différents services sont proposés en plus du suivi de grossesse, tels que des séances de préparation à la naissance (haptonomie, chant prénatal...), des soirées thématiques, des temps de paroles. Après la naissance, les femmes peuvent assister à des rencontres postnatales, bénéficier de conseils sur l'allaitement maternel, recevoir des informations sur la contraception et participer à des ateliers de massage bébé.

Le plus souvent, c'est la même sage-femme qui prend en charge le couple pour le suivi de la grossesse, l'accouchement et les soins postnataux à la mère et à l'enfant. Là-aussi cette pratique s'inscrit dans une volonté de limiter le nombre d'intervenants autour de ce moment particulier dans la vie d'un couple, d'une famille. Les frères et sœurs de l'enfant à naître sont acceptés et peuvent parfois assister à l'accouchement. Après la naissance, le séjour ne dépasse généralement pas 24 heures, c'est ensuite la sage-femme qui se déplace à domicile.

Les actes médicaux des sages-femmes sont remboursés par l'INAMI restent à la charge des parents les frais d'hôtellerie et de restauration ainsi qu'une participation pour l'achat et l'entretien du matériel.

Les maisons de naissances sont entièrement gérées par des sages-femmes, elles y occupent pleinement leur place de spécialiste de la physiologie. Elles doivent disposer des connaissances et compétences pour faire face aux situations d'urgence obstétricale. A ce titre, une expérience de deux ans d'exercice est requise pour exercer dans ces établissements, cette expérience peut être complétée ou remplacée par une période de tutelle par une autre sage-femme accoutumée à ce type d'exercice.

En France, malgré une forte demande de certains collectifs et associations de parents, il n'existe pas de maisons de naissance en tant que tel, on trouve cependant des unités permettant de réaliser des accouchements naturels au sein de certaines maternités. En effet, les « maisons de naissance » françaises ont l'obligation d'être attenantes à un service d'obstétrique avec lequel elles ont passé convention. Quelques structures de ce types sont en

expérimentation jusqu'en septembre 2013 et un premier bilan devrait être présenté au 31 décembre 2014. Selon une étude d'impact jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale 2011, le développement des maisons de naissance en France générerait une économie d'environ 7 millions d'euros par an, estimation basée sur la création à terme d'une soixantaine d'unités, réalisant 1,5% des naissances.

En France comme en Belgique, moins de 1% des naissances ont lieu à domicile. Dans la quasi-totalité des cas, lorsqu'il ne s'agit pas d'accouchements inopinés, ils sont réalisés par des sages-femmes. Elles sont une trentaine en Belgique et une soixantaine en France à proposer ce type de prise en charge. Dans les deux pays, les sages-femmes réalisent le suivi de la grossesse et s'assurent que le risque n'est pas majoré par une pathologie obstétricale ou une présentation dystocique avant d'accepter l'accompagnement du couple dans son projet. Les prestations de la sage-femme sont remboursées à 100% si cette dernière est conventionnée. Si les sages-femmes belges sont couvertes par leurs assurances dans ce type de démarche, leurs homologues françaises ne le sont pas. Au jour d'aujourd'hui, en France, très peu d'organismes d'assurance acceptent de couvrir les accouchements à domicile jugés trop risqués, ceux qui le font pratiquent des tarifs rédhitoires.

Accoucher à l'hôpital avec « sa » sage-femme est possible dans certains hôpitaux belges, qui accordent aux sages-femmes libérales l'accès au plateau technique. Dans cette situation, une partie du travail peut se faire à domicile. Les maternités qui acceptent cette formule sont rares et le font au cas par cas. Les critères sont les mêmes que pour accoucher à la maison ou en maison de naissance : bébé à terme, mère en bonne santé et grossesse laissant présager un accouchement normal. Selon l'établissement, la sage-femme sera autorisée à assister ou à pratiquer l'accouchement.

En France, depuis 1991, l'accès aux plateaux techniques des maternités est ouvert aux sages-femmes libérales. Cependant, cette possibilité reste assez peu utilisée, elles sont entre 20 et 30 à proposer cet accompagnement. La sage-femme qui souhaite pouvoir proposer un tel service à ses patientes doit au préalable avoir signé une convention avec un service hospitalier et ces démarches sont souvent décrites comme longues et difficiles, voire décourageantes.

Les plateaux techniques semblent constituer un compromis intéressant entre physiologie, accompagnement global et sécurité mais ils soulèvent également un certain nombre de problèmes. Du côté des sages-femmes libérales, cette activité demande une très grande disponibilité et une organisation logistique importante entre autre pour décaler et reporter les rendez-vous qui ne pourront être honorés lorsque la sage-femme est occupée à un accouchement. De plus, le coût des assurances est très élevé et la rémunération est faible

par rapport à l'investissement nécessaire. Se pose également le problème de la cohabitation entre sage-femme libérale et équipe hospitalière (sages-femmes, obstétriciens, anesthésistes, pédiatres) sans parler de la répartition des responsabilités en cas de soucis.

Dans toutes ces situations, la sage-femme est très autonome pour le suivi de la grossesse et l'accouchement, il n'en reste pas moins qu'elle doit faire appel à un médecin ou transférer la patiente dès l'apparition de complications. Tous les enfants, qu'ils soient nés en France ou en Belgique doivent être examinés par un médecin dans leur première semaine de vie.

## **B. La famille**

En France et en Belgique, les femmes ont en moyenne leur premier enfant à 28,1 ans, c'est beaucoup plus tard que ce qu'on pouvait observer dans les années 1950. Le report de l'âge au premier accouchement s'explique par le fait que les femmes sont de plus en plus nombreuses à faire des études supérieures et attendent, le plus souvent, d'être diplômées avant de procréer. La conjoncture économique actuelle va également dans ce sens, l'acquisition d'une situation professionnelle et économique stable se fait de plus en plus tard.

De ce fait, il y a de plus en plus de grossesses chez les femmes de plus de 35 ans. Qu'elles soient spontanées ou issues de l'assistance médicale à la procréation on sait que ces grossesses sont plus à risque. Il est donc capital que les sages-femmes aient une formation qui leur permette de dépister les pathologies obstétricales et d'y faire face.

Avec l'évolution de la société, ce qui était autrefois contraire aux normes sociales est devenu aujourd'hui banal.

A la fin des années 60 seulement 7% des enfants français et 2.9% des enfants belges naissent hors mariage, le plus souvent, il s'agit de grossesses accidentelles. En 2009, plus de la moitié des enfants qui naissent ont des parents non mariés mais vivant ensemble et formant un couple stable. Les naissances non désirées se sont raréfiées grâce aux progrès considérables qui ont été faits dans le domaine de la contraception et de sa diffusion.

L'évolution du schéma familial traditionnel a conduit à la légalisation, en Belgique, en 2003, du mariage des personnes de même sexe. L'adoption quant à elle, a été autorisée en 2006 à la suite d'un vote très serré par le sénat. Les couples homosexuels belges ont donc la possibilité d'adopter un enfant étranger mais cette situation est extrêmement rare en raison de la réticence voire de l'interdiction faite par les pays d'origine des enfants. Le droit à l'adoption est plus souvent invoqué par les couples homosexuels dans le cadre d'une adoption intrafamiliale. En effet, si un des deux membres du couple a un lien de filiation établi avec un

enfant, l'autre membre du couple peut demander l'adoption de cet enfant. Dès lors, ils sont tous les deux les parents légaux de l'enfant et ont les mêmes droits et devoirs envers lui. Cette adoption n'est envisageable que si l'enfant n'a qu'un lien de filiation.

En France, le mariage homosexuel devrait être autorisé courant 2013 et des discussions sont en cours pour ouvrir, ou non, l'accès à l'adoption et à la procréation médicalement assistée aux personnes de même sexe.

En Belgique, l'assistance médicale à la procréation est ouverte à toutes les femmes qu'elles soient en couple ou non. Elles peuvent bénéficier d'une insémination avec sperme de donneur anonyme ou connu. Certains centres de procréation médicalement assistée proposent aux couples lesbiens une fécondation in vitro avec donneur anonyme et transfert d'ovocyte entre les partenaires du couple. Dans cette situation l'une est la mère biologique et l'autre la mère porteuse.

Depuis avril 2011, en Belgique, la partenaire de la mère biologique d'un enfant a droit à 10 jours de congé de naissance. Les droits et conditions des « co-mères » sont identiques à ceux du congé de paternité à condition qu'elles soient mariées ou cohabitent.

En Belgique, il n'existe actuellement aucun cadre légal concernant la gestation pour autrui. En conséquence, la pratique, si elle n'est pas encouragée, n'est pas interdite. En cas de difficultés cependant, les parties impliquées n'ont que peu ou pas de recours juridique. En France, cette pratique est formellement interdite.

Ces nouveaux modes de vie et la dégradation de la situation économique des ménages belges et français élargissent la diversité des situations auxquelles les sages-femmes sont confrontées.

### **III.5 Les échanges professionnels et étudiants entre les deux pays**

Au 1<sup>er</sup> Janvier 2013, 68% des 1 754 sages-femmes qui exercent en France, avec un diplôme étranger ont un diplôme belge. Parmi ces sages-femmes formées en Belgique, la très grande majorité est Française.

Même si cette possibilité existe depuis plus de trente ans, le phénomène est récent et il est intéressant de constater que pour la plupart, elles ont obtenu leur diplôme après 2002, année de mise en place du recrutement à l'issue de la première année de médecine [11].

En effet, cette réforme a entraîné un exode des candidats à la profession de sage-femme français vers la Belgique. Grâce à l'Europe, il est aisé d'étudier dans un Etat membre qui n'est pas le sien et, étant donné que les sages-femmes font partie des professions

sectorielles, le titre obtenu dans un Etat est reconnu automatiquement dans tous les autres. Les écoles Belges mettent d'ailleurs en évidence cette possibilité dans leurs brochures d'information et sites internet.

En 2005, plus de la moitié des étudiants sage-femme de Belgique francophone sont français. Devant cette affluence et pour protéger l'accès à la formation de ses ressortissants, la Belgique a tenté, à plusieurs reprises, de limiter les inscriptions d'étudiants étrangers dans ses écoles, notamment par un système de tirage au sort. La Cours de justice européenne a condamné de telles pratiques au motif qu'il n'est pas possible de faire une sélection sur le critère de nationalité [11].

Il semble que certaines écoles belges, devant l'affluence d'étudiants pour la filière sage-femme, aient proposé à ces étudiants de s'inscrire dans la filière infirmier, d'effectuer les deux premières années de cette formation et de rejoindre, après un rattrapage de 35h ou directement, le cursus sage-femme pour les deux dernières années. Certaines sages-femmes ayant suivie cette voie sont aujourd'hui en difficulté pour exercer. En effet, leur formation ne respecte pas les exigences européennes. Elles n'ont pas reçu 3 ans de formation spécifique sage-femme ni une formation de 18 mois ou 2 ans faisant suite à un diplôme infirmier. Elles ne peuvent donc exercer dans aucun pays de l'Union Européenne y compris en Belgique.

Les écoles de sages-femmes belges autorisent leurs étudiants à effectuer des stages à l'étranger et/ou à faire des stages en plus pendant leurs vacances. Un nombre important d'étudiants français qui suivent la formation en Belgique, et dont l'objectif est de revenir exercer dans leur pays d'origine, profitent de cette opportunité pour faire des stages en France.

Il n'est pas toujours aisé pour les sages-femmes formées en Belgique de venir exercer en France. Dans son mémoire réalisé en 2009 et intitulé : « *Les sages-femmes formées en Belgique victimes d'une discrimination à l'embauche ?* » Sandrine Metz a mis en évidence le fait que les sages-femmes formées en France ont de nombreux a priori négatifs sur leurs consœurs belges. Alors qu'elles utilisent des mots et expressions positifs ou neutres lorsqu'elles définissent leur profession en général, des mots dépréciatifs voire péjoratifs apparaissent lorsqu'on leur demande ce à quoi elles pensent lorsqu'on évoque l'expression « sage-femme belge ». Les trois expressions qui reviennent le plus souvent sont, dans l'ordre :

- Infirmière spécialisée
- Manque / Moins / Pas / Peu de pratique
- Formation incomplète / insuffisante

Et la suite est du même ordre, on trouve par exemple les expressions « moins compétentes » « incompetentes » et même « dangereuses » qui est cité dans un peu moins de 10% des questionnaires.

Actuellement, dans tous les domaines et sur tous les continents, les échanges professionnels inter-Etats sont de plus en plus fréquents. Un retour en arrière n'est pas possible. En revanche, la mise en évidence des points forts des uns et des autres permet de faire évoluer les pratiques de façon positive.

## IV. La formation des sages-femmes

Afin de respecter les obligations européennes, tous les Etats membres ont dû aménager la formation des sages-femmes. Les formations dispensées aujourd'hui sont donc le fruit de modifications apportées à celles qui existaient dans le pays avant les directives européennes de 1980.

### IV.1 L'organisation des études

En France, la première année de formation est dispensée dans les universités, ce n'est qu'à partir de la deuxième année que les étudiants intègrent une école spécifique de sage-femme. La formation dure en tout 5 années. En Belgique, la formation s'inscrit dans un cursus spécifique « sage-femme » dès la première année. Néanmoins un grand nombre de cours figurant au programme des deux premières années sont dispensés en commun avec les étudiants en soins infirmiers. La formation dure en tout 4 ans et permet d'obtenir le niveau *bachelier* (équivalent belge de la licence française) c'est cependant le seul *bachelier* à être obtenu en 4 ans, pour tous les autres seules 3 années sont nécessaires. Actuellement, des discussions sont en cours et la durée de la formation devrait être élevée à cinq années, par la même occasion, la dénomination « *bachelier* » serait abandonnée pour éviter toute confusion.

En France comme en Belgique, l'inscription requiert un diplôme permettant l'accès aux études supérieures et certifiant que le candidat a reçu 12 ans d'enseignement scolaire général. Il n'y a pas de sélection à l'inscription dans la filière. En Belgique, le nombre d'étudiants est limité de fait pour des raisons pragmatiques que sont les possibilités d'encadrement et la capacité d'accueil des terrains de stage. La sélection se fait au fil des quatre années sur la base des notes et appréciations obtenues. En France, la sélection se fait à la fin de la première année, la profession étant régulée par un numérus clausus, le nombre d'étudiants autorisés à poursuivre leurs études est fixé chaque année par arrêté ministériel.

La formation des sages-femmes françaises débute par la Première Année Commune des Etudes de Santé (PACES). C'est une année conjointe aux études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques. Cette année remplace le PCEM1 depuis la rentrée 2010-2011 et s'inscrit dans la mise en place du système Licence Master Doctorat (LMD). Le système LMD induit la reconnaissance du niveau master, bac +5, pour les membres de la profession. Une telle reconnaissance ainsi que l'ouverture d'un doctorat de maïeutique sont attendues par beaucoup depuis longtemps.

La première année des études de santé s'organise en deux semestres.

- Au premier, la totalité de l'enseignement est commun aux quatre filières. A l'issue de ce semestre, les étudiants autorisés à poursuivre devront choisir la ou les formations vers laquelle/lesquelles ils souhaitent s'orienter. Les 15% d'élèves situés à la fin du classement seront réorientés. S'ils étaient primants, ils pourront se réinscrire en PAES après avoir validé 18 mois d'enseignement dans une autre filière scientifique.
- Au second semestre, des unités d'enseignements spécifiques correspondant à chaque filière viennent s'ajouter au tronc commun. A l'issue de ce semestre, quatre classements sont établis en prenant en compte les résultats obtenus à l'ensemble des unités d'enseignements communes et à l'unité d'enseignement spécifique.

Pour pouvoir poursuivre leurs études dans une des quatre filières, les candidats doivent figurer en rang utile sur la liste de classement correspondant à la formation choisie. Ils doivent également fournir un certificat médical attestant, d'une part de leur aptitude physique à suivre la formation et à exercer la profession et attestant, d'autre part que leurs vaccinations sont à jour concernant la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et l'hépatite B.

Pour ce qui est des sages-femmes, la suite de la formation s'effectue dans une des 35 écoles de sages-femmes françaises. La plupart de ces écoles sont rattachées à la maternité d'un centre hospitalier universitaire mais certaines sont intégrées à l'université. La formation est équivalente dans toutes les écoles mais compte tenu de la loi relative aux libertés et responsabilités des universités, adoptée en 2007, chaque école dispose d'une marge de manœuvre pour organiser la formation en fonction du projet pédagogique qu'elle a établi.

En Belgique, ce sont des écoles privées, subventionnées par l'Etat qui proposent des formations de sage-femme. L'instruction s'organise différemment que l'on soit dans la région Wallonne (francophone) ou dans la région Flamande (néerlandophone).

Dans la région francophone de Belgique, il y a neuf « Hautes Ecoles » qui proposent un diplôme de sage-femme. En première année, beaucoup de cours sont communs avec la formation d'infirmier, ces cours sont un peu moins nombreux en deuxième année pour arriver à une formation entièrement spécifique en 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> année.

En France comme en Belgique, la répartition entre enseignement théorique et pratique évolue au cours des études. En France, cette nouvelle répartition a été mise en place avec le système LMD. En début de formation, la proportion d'enseignements théoriques est beaucoup plus importante que le temps passé en stage. D'ailleurs les stages sont quasiment absents de la première année de formation en France, seul un stage de 15 jours est prévu pendant l'été pour permettre aux étudiants d'acquérir une partie des gestes et soins

infirmiers. Au fur et à mesure de l'avancement dans la formation, la proportion d'enseignement clinique augmente pour arriver à seulement 25% du temps consacré à la formation théorique en dernière année en Belgique. En France, un stage d'intégration professionnelle de 6 mois en cinquième année est prévu pour les étudiants qui ont intégré la formation à partir de la rentrée 2010-2011.

En Flandre, la formation dure trois années et peut être rapportée à 2 ans si le candidat est déjà titulaire d'un diplôme d'infirmier.

En Belgique, l'enseignement des étudiants est particulièrement performant en ce qui concerne la relation d'aide et l'accompagnement psychologique du travail. Des ateliers de communication sont organisés sous la forme de jeux de rôle afin de permettre aux étudiants de mieux appréhender la relation soignant-soigné. En France l'enseignement est plus orienté vers la dimension médicale et technique de la profession bien que des cours de psychologie soient dispensés.

## IV.2 Le programme théorique

Les études de sage-femme en Belgique sont encadrées par le décret du 2 Juin 2006 qui fixe les grilles horaires minimales des grades académiques délivrés par les hautes écoles de la communauté française. Ce décret impose également aux hautes écoles de soumettre à l'approbation du gouvernement les grilles horaires qu'elles ont établies à partir de la grille horaire minimale. Cette grille horaire prévoit que la formation de sage-femme doit durer entre 3 420 et 3 760 heures. Réparties comme suit :

- Formation commune et activités d'intégration professionnelle : 3285 heures dont :
  - 1 515 heures de formation théorique réparties en :
    - 615 heures de sciences professionnelles :
      - Ergonomie et manutention
      - Ethique
      - Histoire et déontologie
      - Méthodologie de la recherche
      - Principes et exercices de soins périnataux
      - Principes généraux de santé, de soins infirmiers spécialisés et exercices didactiques
      - Secourisme
      - Soins de santé primaires et soins à domicile
      - Soins infirmiers généraux et exercices
    - 510 heures de sciences fondamentales et biomédicales
      - Anesthésie, analgésie et réanimation
      - Bactériologie, virologie, parasitologie, immunologie
      - Biochimie, biophysique
      - Biologie, anatomie, physiologie

- Education sexuelle et planification familiale
- Embryologie, génétique et développement du fœtus
- Hygiène et prophylaxie
- Nutrition et diététique
- Pathologie générale et spéciale
- Pharmacologie
- Physiologie de la grossesse et de l'accouchement
- Physiologie et pathologie du nouveau-né, y compris embryopathologie
- Radiologie et techniques d'investigations
- 390 heures de sciences humaines et sociales
  - Anthropologie et sociologie
  - Droit
  - Législation relative à la profession
  - Principes d'administration, de gestion et d'économie de la santé
  - Principes et exercices didactiques d'éducation à la santé
  - Protection juridique de la mère et de l'enfant
  - Psychologie
- 1 770 heures d'activités d'intégration professionnelle regroupant :
  - L'enseignement clinique, les stages
  - La participation à des séminaires et conférences
  - Le travail de fin d'études (TFE)
- 135 à 475 heures sont laissées libres au pouvoir organisateur, c'est-à-dire que chaque école est libre de prévoir l'enseignement qu'elle souhaite pendant ces heures.

On trouve par exemple des cours d'anglais médical ou anglais scientifique, des cours de philosophie ou de statistiques. Certaines écoles profitent de ces heures pour intégrer des enseignements moins magistraux, comme la méthodologie d'apprentissage ou la psychopathologie.

A partir de cette grille minimale, chaque école compose son programme comme elle l'entend et répartit à sa guise les enseignements sur les quatre années. Nous avons pu nous procurer les programmes de huit écoles francophones sur les neuf qui proposent un cursus sage-femme.

La comparaison de ces huit programmes met en évidence un certain nombre de ressemblances mais également des différences non négligeables.

L'enseignement des sciences fondamentales que sont l'anatomie, la biologie, la physiologie, la biophysique, la biochimie et la bactériologie se fait systématiquement et quasi

exclusivement en première année. En France, l'instruction de ces sciences intervient également en début de cursus.

En première année toujours, l'enseignement des soins infirmiers généraux représente le volume horaire et le nombre d'ECTS le plus important dans sept écoles sur les huit. Cependant, le nombre d'heures consacrées à cette discipline varie de 90 à 156 et le nombre d'ECTS validés par cette discipline cette année-là de 6 à 12 entre les écoles.

En deuxième année, la discipline qui semble la plus importante est la pathologie générale. Cette même année, on constate qu'une seule école, sur les huit, n'enseigne pas les soins périnataux. Si toutes les autres le font, c'est dans des proportions très différentes puisqu'elles y consacrent 20 à 100 heures selon l'établissement.

C'est en troisième année que les soins périnataux occupent une place importante dans toutes les écoles. De même en troisième année, on voit l'apparition d'enseignements dédiés spécifiquement à la pathologie obstétricale.

La quatrième et dernière année comporte la réalisation d'un travail de fin d'étude. Il s'agit d'un travail de recherche réalisé par l'étudiant.

Pour ce qui est des enseignements cliniques, le temps qui leur est consacré augmente d'une année à l'autre. Cependant, la durée totale de ces enseignements sur les quatre années varie de 1 345 à 2 030 heures, ce qui représente une vingtaine de semaines de différence (à raison de 35 heures par semaine).

En France, étant donné les récentes modifications des études, seuls les programmes des 3 premières années ont été publiés. L'accomplissement de ces 3 années entraîne la délivrance d'une licence de maïeutique qui ne permet pas d'exercer en tant que sage-femme. Les programmes des deux dernières années devraient paraître au cours du premier semestre 2013. Néanmoins, le conseil de perfectionnement des études a déjà établi une trame de ce que pourrait être ce programme. Peu susceptible de subir des modifications capitales, c'est cette trame que nous utiliserons ici.

Au sein des écoles de sages-femmes, la formation s'organise en quatre années, réparties en deux phases. Les deux premières années (L2-L3) constituent la première phase et traitent plus particulièrement de la physiologie et de l'eutocie afin de donner aux étudiants une maîtrise de l'obstétrique normale. C'est un temps qui est exclusivement consacré à la formation. Les deux dernières années (M1-M2), quant à elles, forment au dépistage et à la prévention des pathologies et visent à mener vers la professionnalisation. Chacune des deux phases comporte des enseignements théoriques, pratiques et cliniques.

Le texte belge détaille le volume horaire que doit occuper chaque matière pendant la formation mais ne précise pas en quelle année elles doivent être enseignées. Le texte français, mis au point en 2009 par le Conseil de perfectionnement des écoles de sages-femmes, est plus précis en ce qui concerne la répartition de chaque matière sur les cinq années. Dans ce texte, n'apparaît pas un nombre d'heures mais un nombre d'ECTS. Si, en Belgique, le nombre d'heures permettant de valider un ECTS varie selon les écoles, les matières et les années entre 7h30 et 30 heures, en France il a été clairement établi qu'un ECTS équivaut à 8 à 12 heures de cours.

Le programme français est explicité en trois phases :

- **Licence 1 santé**
  - Unités d'enseignement théorique :
    - Tronc commun aux quatre filières, 50 ECTS :
      - Atome/biomolécules/génome/bioénergétique/Métabolisme
      - La cellule et les tissus
      - Evaluation des méthodes d'analyses appliquées aux sciences de la vie et de la santé
      - Organisation des appareils et systèmes
      - Initiation à la connaissance du médicament
      - Santé/Société/Humanité
    - Unité spécifique maïeutique 10 ECTS :
      - Unité foeto-placentaire
      - Anatomie du petit bassin chez la femme
      - Méthodes d'étude et d'analyse du génome
      - Anatomie et histologie de l'appareil reproducteur et du sein
      - Organogenèse, Tératogenèse
  - Unité d'enseignement clinique  
Stage hospitalier : soins et techniques
- **Licence 2-Licence 3 Maïeutique**
  - Unités d'enseignement théorique
    - Enseignements pouvant être commun avec les étudiants en médecine :
      - Sémiologie 6 ECTS
      - Agent infectieux à l'hôte 8 ECTS
      - Génétique médicale 4 ECTS
      - Hormonologie-Reproduction 7 ECTS
      - Tissu sanguin 5 ECTS
    - Enseignements spécifique sage-femme :
      - Sciences humaines et sociales, droit et législation 2 ECTS
      - Santé publique, Démarche de recherche, anglais, C2i 6 ECTS
      - Obstétrique 16 ECTS
      - Gynécologie 5 ECTS
      - Pédiatrie, puériculture, néonatalogie 10 ECTS
      - Appareil cardio-Respiratoire 3 ECTS

- Rein et voies urinaires 3 ECTS
- Système digestif, locomoteur, neurosensoriel, dermatologie 4 ECTS

6 ECTS sont consacrés à l'enseignement optionnel dont peut faire partie le tutorat. La pharmacologie et la nutrition seront enseignées de manière transversale et seront évaluées.

- Unité d'enseignement clinique
  - Démarche clinique et technique de soins généraux 4 ECTS
  - Suivi postnatal 10 ECTS
  - Suivi prénatal 6 ECTS
  - Suivi pernatal 14 ECTS

- **Master 1- Master2**

- Unités d'enseignement théorique
  - Obstétrique, embryologie, démarche clinique 14 ECTS
  - Pédiatrie, néonatalogie 10 ECTS
  - Sciences humaines et sociales, droit, législation 10 ECTS
  - Santé génésique des femmes, 6 ECTS
  - Démarche de recherche, réalisation du mémoire 16 ECTS
  - Pharmacologie (enseigné transversalement)
- Unité d'enseignement clinique
  - Suivi prénatal 14 ECTS
  - Suivi postnatal 10 ECTS
  - Suivi pernatal 24 ECTS
  - Surveillance gynécologique, planification 10 ECTS
  - Recherche 10 ECTS

En France, seuls les cours et les stages permettent de valider des ECTS, ce n'est pas le cas en Belgique où le fait d'assister à des séminaires, de participer à des ateliers de communication ou de réaliser un bilan des acquis et des compétences peut aboutir à la validation d'un ou plusieurs ECTS dans certaines écoles.

En France, douze ECTS, soit environ 120 heures, sont consacrés à l'enseignement du droit et des sciences humaines et sociales, c'est moins de la moitié de ce qui est prévu en Belgique (390 heures). Ce constat illustre bien une des différences principales qui existe entre la sage-femme française et la sage-femme belge qui est l'approche psychologique de la grossesse et de l'accouchement.

En France et en Belgique, les connaissances théoriques sont évaluées deux fois par an à l'aide d'épreuves écrites ou orales. Pour passer dans l'année supérieure, l'étudiant doit obtenir au moins la moyenne. En Belgique, si certaines matières ne sont pas validées, un passage est possible mais l'étudiant devra repasser ces matières l'année suivante. En France, des sessions de rattrapage sont organisées pour les étudiants qui n'auraient pas obtenu la moyenne dans toutes les unités d'enseignements.

### IV.3 La formation pratique

La formation pratique des sages-femmes comporte des travaux pratiques et un enseignement « de terrain » dispensé au sein même des hôpitaux. La formation repose donc à la fois sur les enseignants pour les cours et travaux pratiques mais également sur l'ensemble des sages-femmes qui ont dans leurs obligations de participer à la formation et à l'encadrement des étudiants.

En France, les textes qui régissent les études de sage-femme précisent où doivent se dérouler les stages et le temps que l'étudiant doit y passer. Le texte Belge est beaucoup plus vague puisqu'il indique seulement le nombre d'heures qui doivent être consacrées à l'intégration professionnelle sans préciser la répartition entre travaux pratiques, stages, participation à des séminaires ou réalisation du travail de fin d'étude. Il n'est donc pas indiqué les services que doivent fréquenter les étudiants ni en quelle année.

Dans les deux pays, la formation pratique commence par l'acquisition des gestes et soins infirmiers généraux avant de se consacrer aux soins périnataux puis à l'intégration professionnelle.

Le détail du programme français nous permet de constater que l'accent est mis sur le suivi périnatal auquel est consacré le plus de temps. Le suivi prénatal est plus particulièrement abordé en quatrième et cinquième année.

En vue de l'obtention du diplôme, un nombre minimum d'actes doivent avoir été effectués par l'étudiant. L'Union Européenne prévoit une liste que chaque pays est libre de compléter. La France a modifié cette liste en exigeant, par exemple, que les étudiants aient réalisé 80 accouchements et non 40 qui est le minimum fixé au niveau européen. La Belgique, quant à elle, n'a pas modifié la liste et demande à ses étudiants d'avoir effectué les actes fixés par la directive.

On note des différences très importantes entre le minimum requis par l'Union Européenne et les exigences de la France en matière de formation clinique des étudiants sage-femme. En effet, la liste qui figure dans la directive européenne est composée de 10 points alors que la liste française en comporte 35. Il s'agit là de la liste établie par l'arrêté du 11 décembre 2001 qui fixe le programme des études de sages-femmes avant la mise en place du système LMD. Parmi les actes que la France impose en plus du minimum européen on trouve par exemple la réalisation ou, à défaut, la participation active à 2 accouchements multiples et la réalisation de 5 révisions utérines. La révision utérine figure, par ailleurs, parmi les actes qui sont interdits à la pratique des sages-femmes belges.

En stage, les étudiants français et belges sont évalués à la fois par les sages-femmes présentes dans le service et le cadre responsable de l'unité mais aussi grâce à des évaluations certificatives pour lesquelles un ou plusieurs enseignants de l'école se déplace(nt) sur le lieu de stage. Seule l'évaluation par les enseignants donne lieu à une note, l'évaluation par les professionnels du service se fait sur la base d'appréciations.

Les étudiants sage-femme français et belges suivent le plus souvent leur évolution à l'aide d'un portfolio dans lequel sont répertoriés les actes qu'ils ont effectué et les appréciations des professionnels qui les ont encadrés.

#### IV.4 Après la formation initiale

L'obstétrique étant une science en constante progression, il va de soi que les sages-femmes doivent se tenir au courant de cette évolution pour assurer la qualité et la sécurité des soins.

Les sages-femmes belges ont l'obligation de se tenir au courant de l'évolution scientifique dans le domaine de l'obstétrique en suivant une formation permanente. Les arrêtés royaux qui régissent la profession prévoient un avertissement suivi du retrait de leur titre aux sages-femmes qui ne suivent pas cette formation. Elle doit être de 75 heures sur 5 ans et son contenu doit être approuvé par le Conseil fédéral des sages-femmes. La sage-femme française a l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances professionnelles en participant, au moins une fois au cours de chaque année civile, à un programme de développement professionnel continu.

Les sages-femmes ont également la possibilité d'évoluer professionnellement. Dans ce domaine c'est la Belgique qui propose l'offre la plus large puisque les sages-femmes peuvent accéder à la quasi-totalité des masters. Après un *bachelier*, une ou deux années sont nécessaires pour obtenir un master. Pour certains masters, l'accès est subordonné à une année de formation préparatoire ou à la réussite d'un examen d'entrée visant à s'assurer que le candidat possède les notions pré requises. Les masters ouverts aux sages-femmes sont très variés et vont du master en science de la famille et de la sexualité au master en criminologie.

En France, les récentes modifications vont notamment permettre l'accès à un doctorat en maïeutique et ouvrir la recherche dans ce domaine. Du fait de ces modifications, liées à la mise en place du système LMD, la formation des cadres et enseignants a également été modifiée. Jusqu'en septembre 2011 il fallait avoir exercé trois ans et entrer à l'école des sages-femmes cadres. Désormais, la formation s'organise sous la forme d'un master en périnatalité :

management et pédagogie d'une durée de deux ans. Après cette formation, le candidat peut accéder à un poste d'enseignement ou d'encadrement.

En Belgique c'est l'inverse, après avoir obtenu un master quel qu'il soit, la sage-femme belge peut intégrer une haute école et faire de l'enseignement. A partir du moment où il intègre une école, le candidat dispose de six ans pour obtenir le Certificat d'Aptitude Pédagogique Approprié à l'Enseignement Supérieur (CAPAES). Ce diplôme est délivré au terme d'une formation à la fois pratique et théorique, organisée sur un an et suivie en parallèle de la fonction d'enseignant. Au terme de cette année, un dossier professionnel doit être produit sous la forme d'un document écrit et présenté devant une commission. En cas d'échec, le candidat peut présenter de nouveau un dossier l'année suivante et ce, autant de fois que nécessaire dans les six ans qui suivent sa prise de fonction.

## V. Les compétences des sages-femmes

Les sages-femmes exercent en France une profession médicale, de ce fait, elles sont autorisées à pratiquer tous les actes qui leur permettent de remplir leur mission. En Belgique, les sages-femmes font partie du corps paramédical, les actes qu'elles peuvent ou ne peuvent pas pratiquer sont fixés par une liste.

### V.1 En France : le principe de compétences par nature

Nous venons de le dire, en France, le métier de sage-femme est une profession médicale ce qui signifie qu'elles sont compétentes pour établir un diagnostic médical. De ce fait, elles sont également autorisées à prescrire. La liste des prescriptions ouvertes aux sages-femmes est fixée par arrêté du ministre de la santé après avis de l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

Les compétences de la sage-femme sont définies par le code de la santé publique. De par leur statut de professionnels médicaux, les sages-femmes ne sont pas soumises à un décret de compétences. Il n'existe pas de liste des actes qu'elles peuvent ou ne peuvent pas pratiquer. L'article L.4151-1 du code de la santé publique indique que leur exercice comporte « *la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et 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.* »

Les compétences des sages-femmes ont été élargies à plusieurs reprises et les sages-femmes se sont vues successivement autorisées à :

- Pratiquer l'examen postnatal si la grossesse a été normale et l'accouchement eutocique ;
- Réaliser des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention sous réserve d'adresser la femme à un médecin en cas de situation pathologique ;
- Concourir aux activités d'assistance médicale à la procréation dans des conditions fixées par décret.

L'extension des compétences de la sage-femme au suivi gynécologique des femmes en bonne santé est une première en Europe et constitue une spécificité de la sage-femme française par rapport à ses voisines européennes.

Le code de déontologie des sages-femmes, qui est intégré au code de la santé publique, donne des indications sur la manière dont les sages-femmes doivent exercer, sur les relations de confraternité qu'elles doivent avoir et sur leurs obligations envers les patientes.

L'article 18 de ce code expose de façon très claire les compétences des sages-femmes françaises : « *La sage-femme est autorisée à pratiquer **l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie concernant :***

- *Les femmes à l'occasion du suivi gynécologique de prévention et de la réalisation de consultations de contraception ;*
- *Les femmes pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale ;*
- *Le fœtus ;*
- *Le nouveau-né. »*

En conséquence, si une sage-femme dépiste ou découvre une situation pathologique, elle doit immédiatement faire appel ou adresser sa patiente à un médecin. Elle peut ensuite pratiquer les soins prescrits par ce dernier.

Il figure également dans cet article, une liste non exhaustive des actes que les sages-femmes sont autorisées à pratiquer :

- Echographie gynéco-obstétricale ;
- Anesthésie locale au cours de l'accouchement ;
- Episiotomie, et sa réfection ainsi que la restauration immédiate des déchirures superficielles du périnée ;
- Délivrance artificielle et révision utérine ; et si besoin, demande d'anesthésie auprès du médecin anesthésiste réanimateur ;
- Réanimation du nouveau-né dans l'attente du médecin ;
- Dépistage des troubles neurosensoriels du nouveau-né ;
- Insertion, suivi et retrait des dispositifs intra-utérins et des implants contraceptifs
- Rééducation périnéo-sphinctérienne en cas de troubles consécutifs à un accouchement ;
- Acupuncture, sous réserve que la sage-femme possède un diplôme.

Cette liste ne doit pas être confondue avec un décret de compétences, elle a été établie pour mettre fin à une ambiguïté qui sévissait autour de ces actes et de la compétence ou non des sages-femmes à les pratiquer.

Concernant l'analgésie péridurale, en France, la sage-femme est autorisée à en effectuer la demande auprès du médecin anesthésiste-réanimateur. Elle peut également, sous réserve que ce médecin puisse intervenir immédiatement, pratiquer les réinjections par la voie du dispositif mis en place par le médecin anesthésiste-réanimateur et retirer ce dispositif.

Le code de déontologie des sages-femmes a été révisé en juillet 2012 et il y a été ajouté, entre autre, l'obligation, pour les sages-femmes en exercice, de contribuer à la

formation des étudiants sages-femmes et de ses pairs et l'impossibilité pour un employeur de rémunérer une sage-femme selon des normes de productivité ou de rendement horaire car cela entraverait à la fois la qualité des soins et l'indépendance de la profession.

## V.2 En Belgique : le principe de compétences normatives

En Belgique, les sages-femmes font partie du corps paramédical et leurs compétences sont fixées par deux arrêtés royaux. L'arrêté royal n°78 du 10 Novembre 1967 relatif à l'exercice des professions de soins de santé qui consacre un chapitre à l'exercice de la profession de sage-femme. Et l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> février 1991, révisé et modifié le 8 Juin 2007, consacré spécifiquement à l'exercice de la profession de sage-femme.

Ce second arrêté indique que la sage-femme est habilitée à assumer, sous sa responsabilité, la surveillance de femmes enceintes pour lesquelles une grossesse à haut risque a été exclue, à pratiquer les accouchements dont l'évolution sera très probablement eutocique et à soigner et accompagner la mère et l'enfant au cours du post-partum normal. Il donne comme définition de la grossesse normale et de l'accouchement eutocique : *« l'ensemble des phénomènes physiologiques, mécaniques et psychologiques qui aboutissent à l'expulsion spontanée, à terme, du fœtus en présentation du sommet et ensuite du placenta »*. En cas de complications imprévues, le ou la titulaire du titre professionnel de sage-femme est tenue de prendre les dispositions nécessaires pour y remédier dans les plus brefs délais.

Ces textes établissent la liste des actes que les sages-femmes peuvent accomplir de manière autonome :

- Le diagnostic de la grossesse;
- La surveillance durant la grossesse, l'accouchement et le post-partum de la femme et la dispensation à celle-ci de soins et conseils;
- Le suivi des grossesses normales, la pratique des accouchements eutociques et la dispensation des soins au nouveau-né et au nourrisson bien portant;
- Les mesures préventives, la recherche des risques chez la mère et l'enfant;
- En cas d'urgence, les gestes nécessaires dans l'attente d'une aide médicale spécialisée;
- L'information et l'éducation à la santé, vis-à-vis de la femme, de la famille et de la société;
- L'éducation prénatale et la préparation à la parentalité;

Au cours de l'accouchement, elles sont autorisées à :

- Pratiquer l'amniotomie, à condition que la présentation ne soit plus refoulable ;
- Pratiquer l'épisiotomie;
- Appliquer les mesures de réanimation;
- Procéder à toute suture du périnée, en cas de déchirure non compliquée ou d'épisiotomie, à condition qu'il n'y ait pas de lésions sphinctériennes ;
- Collaborer à la surveillance de la parturiente sous anesthésie ou analgésie.

Bien que la sage-femme soit habilitée à surveiller la grossesse, elle doit orienter ses patientes vers un médecin au début et au dernier trimestre de la grossesse pour qu'elles se soumettent à un examen médical. C'est à cette occasion que le médecin pourra déclarer la grossesse et, au besoin, prescrire un arrêt de travail, les sages-femmes n'ayant pas la possibilité de le faire.

Les examens et actes auxquels la sage-femme doit procéder pour dépister les grossesses à haut risque sont énumérés dans l'arrêté royal de 1991. On trouve notamment dans cette liste la demande d'échographie (l'échographie elle-même sera effectuée par un médecin) et la demande d'analyses sanguines et d'examens complémentaires dans le cadre de l'obstétrique. On en déduit que, si elles n'ont pas encore un droit de prescription au sens où nous l'entendons en France, les sages-femmes belges ont la possibilité de demander les examens nécessaires au suivi de grossesse.

La sage-femme belge est également reconnue compétente pour « *collaborer avec le médecin et participer, sous la responsabilité de ce dernier, à la prise en charge et au traitement des problèmes de fertilité, des grossesses et accouchements à risque, des nouveau-nés qui se trouvent dans des conditions de maladie particulière constituant une menace pour leur vie, ainsi qu'aux soins à donner dans ces cas* ».

La législation belge comporte une liste des actes que les sages-femmes ont interdiction de pratiquer. S'il n'existe pas, dans les textes français, de liste des gestes médicaux interdits aux sages-femmes, ces actes, en dehors de la révision utérine et de la délivrance artificielle, ne font pas pour autant partie des compétences de la sage-femme française car ils sortent de la physiologie.

Les sages-femmes belges ne peuvent pas pratiquer :

- La dilatation artificielle du col;
- L'application de forceps et de ventouse;
- L'exécution ou entretien d'une anesthésie générale, régionale ou locale, excepté l'anesthésie locale pour l'exécution et la suture d'une épisiotomie;
- Les manœuvres de version interne et d'extraction du siège sauf en cas d'urgence avec souffrance fœtale aiguë;
- Le décollement manuel du placenta, sauf en cas d'urgence;
- L'exploration manuelle de l'utérus, sauf en cas d'urgence.
- L'induction d'une interruption de grossesse.

Il existe une dérogation à l'interdiction d'entretenir une anesthésie régionale. En effet, le ou la titulaire du titre professionnel de sage-femme peut, sur prescription médicale, préparer les doses d'entretien médicamenteuses et les administrer via le cathéter péridural placé par le médecin afin d'obtenir une analgésie durant le travail, l'accouchement et le post-partum. Il y a cependant un certain nombre de conditions : un médecin anesthésiste doit être disponible dans l'établissement, pendant toute la durée de l'analgésie péridurale afin de faire face aux difficultés éventuelles, c'est lui qui injecte la dose de test et détermine, par une prescription individuelle écrite, la composition de la solution analgésique et la dose par unité de temps.

Tout comme la sage-femme française, la sage-femme belge se doit de prendre les mesures qui s'imposent pour faire appel à l'assistance d'un médecin ou transférer la patiente en milieu hospitalier lorsqu'elle observe des signes pathologiques pendant la grossesse, l'accouchement ou le post-partum.

Des modifications apportées en 2006 prévoient la possibilité pour les sages-femmes de :

- Prescrire certains médicaments dont la liste est fixée par le roi après avis du Conseil fédéral des sages-femmes, la prescription de contraceptifs ne pourra pas dépasser les trois mois qui suivent l'accouchement ;
- Pratiquer la rééducation périnéo-shinctérienne, sous réserve de posséder des qualifications particulières ;
- Réaliser des échographies fonctionnelles là-aussi, sous réserve de posséder des qualifications particulières. Il est précisé dans le texte que ces échographies ne doivent pas avoir vocation à dépister des anomalies morphologiques.

Toutefois, l'absence, à ce jour, de réglementation d'application, empêche les sages-femmes d'accomplir ces actes.

Les textes qui régissent les compétences des sages-femmes belges sont établis au niveau fédéral, ils valent donc pour les trois communautés de Belgique. Cette affirmation pose question quand on sait que le titre de sage-femme s'obtient en quatre ans dans la communauté française et en trois ans dans la communauté flamande.

## CONCLUSION

Comparer le métier de sage-femme en Belgique et en France nous amène à constater que les différences se trouvent plus dans l'exercice quotidien de la profession sur le terrain que dans les textes juridiques qui l'encadrent. En effet, nous l'avons vu, dans les textes, les compétences des sages-femmes françaises et belges sont sensiblement identiques mais la réalité du terrain fait que l'exercice n'est pas le même.

Du côté belge, on note une certaine difficulté à se débarrasser de l'image d'infirmière spécialisée. Confusion probablement liée au fait que la formation des sages-femmes et des infirmières était en partie commune jusqu'en 2005 et, qu'aujourd'hui encore, elles sont très proches en début de cursus. Il existe une réelle volonté des organisations de sages-femmes belges de se défaire de cette étiquette et d'exploiter la totalité des compétences qui leurs sont dévolues par les textes de loi. L'omniprésence des médecins dans les services de soins et leur rémunération à l'acte ne favorise pas une évolution en ce sens. Pourtant, certaines sages-femmes, minoritaires, ont un exercice autonome. Il s'agit de celles qui exercent en maison de naissance et de celles qui sont appelées « indépendantes » c'est-à-dire qui exercent en libéral.

Du côté français, la formation des sages-femmes est différenciée de celle des infirmières depuis 40 ans, la conséquence est une meilleure connaissance des compétences de la profession dans la population générale. D'ailleurs, les Françaises qui attendent un enfant se tournent de plus en plus vers les sages-femmes pour faire suivre leurs grossesses alors que les femmes belges s'orientent quasi systématiquement vers un médecin.

En France, le rassemblement des petites maternités en institutions plus importantes en terme de volume, a induit une modification des comportements. Les accouchements sont devenus plus médicalisés et le versant technique de la profession s'est développé. Les sages-femmes françaises aspirent, pour la plupart, à retrouver une place plus importante dans l'accompagnement et le soutien des femmes enceintes, en travail et en période post partum. Leurs voisines belges, quant à elles, aspirent à pouvoir exploiter leurs compétences médicales et techniques plus qu'elles ne le font aujourd'hui.

Malgré une volonté d'uniformiser les formations, compétences et modes d'exercice de la profession de sage-femme en Europe, des différences persistent, y compris, dans des pays proches comme le sont la France et la Belgique. On peut donc s'interroger sur la situation dans les pays récemment entrés dans l'Union et plus éloignés, géographiquement et culturellement.

# BIBLIOGRAPHIE

## Mémoires :

[1] HABERMACHER Christelle,

**Les sages-femmes au sein de la CEE.**

Mémoire de l'école de sages-femmes de Nancy, promotion 1989-1993, 50p.

[2] GOBINET Isabelle,

**La formation des sages-femmes en Belgique, en France et au Royaume-Uni.**

Mémoire de l'école de sages-femmes de Reims, promotion 1990-1994, 68p.

[3] GAUTIER Caroline,

**La profession de sage-femme en Europe**

Mémoire de l'école de sages-femmes de Nîmes, promotion 1998-2002, 94p.

[4] BOUCAND Delphine,

**Intégration de la sage-femme Française dans différents pays de l'Union Européenne.**

Mémoire de l'école de sages-femmes de Nantes, promotion 1999-2003, 139p.

[5] COHEN Anaïs,

**La formation des sages-femmes en Europe : Approche des spécificités professionnelles des sages-femmes et de leur curriculum initial dans cinq pays.**

Mémoire de l'école de sages-femmes de Port-Royal à Paris, promotion 2001-2005, 61p.

[6] PASTANT Céline,

**La sage-femme Européenne en France et en Belgique.**

Mémoire de l'école de sages-femmes de Nancy, promotion 2001-2005, 89p.

[7] DURAND Charlotte,

**La sage-femme dans l'Union Européenne : Comparaison des formations et des compétences des sages-femmes Européennes.**

Mémoire de l'école de sages-femmes de Rennes, promotion 2002-2006, 43p.

[8] METZ Sandrine,

**Les sages-femmes formées en Belgique victimes d'une discrimination à l'embauche ?**

Mémoire de l'école de sages-femmes cadres de Dijon, promotion 2008-2009, 69p.

[9] LAFONT Bénédicte,

**Accès des sages-femmes libérales aux plateaux techniques.**

Mémoire de l'école de sages-femmes de Lyon, promotion 2006-2010, 67p.

## Périodiques :

[10] MEAD Marianne,

**La sage-femme au sein d'une union européenne en changement.**

Les dossiers de l'obstétrique n°311, décembre 2002, pages 3 à 8.

[11] MESNIL Nicole, DE THYSBAERT Bénédicte, PASTANT Céline,

**Dossier : Pourquoi tant d'étudiants Français préfèrent-ils la Belgique ?**

Les dossiers de l'obstétrique n°344, décembre 2005, pages 31 à 38.

[12] BENOIT TRUONG CANH Marianne, CREISER Charlotte,

**Travail du CNOF et du réseau des régulateurs européens de sages-femmes sur la révision de la directive 2005/36/CE.**

Contact sages-femmes n°33 Octobre 2012, pages 13 et 14.

### Ouvrages :

[13] BENOZIOT Michel, BEUGNOT Claire, DEMOY Sophie et *al*,

**La machine de madame Du Coudray : ou l'Art des accouchements au XVIII<sup>e</sup> siècle**, édition point de vue, 2004, 60p.

[14] BERESNIAK A. et DURU G.

**Economie de la santé**, 6<sup>e</sup> édition.

Edition MASSON, collection abrèges, connaissances et pratique 2007, 224p.

[15] CHAMPAGNE A-M. GILSON P. HANS S. et *al*,

**Mémento de l'art infirmier**

Edition Wolters Kluwer Belgium SA, 2007, 373p.

### Congrès :

[16] Conférence : « **Vivre l'Europe en 2012 : Questions de santé en Europe.** »

Organisé par la maison de l'Europe,

Nantes, le 17 novembre 2012.

[17] Publications à l'occasion du congrès « Prendre le temps d'être sage-femme »

organisé par l'Union Professionnelle des Sages-Femmes Belges le 20 septembre 2012 :

DI ZENZO Estelle,

**Historique des études de sage-femme en Belgique**

MATHIEU Evelyne,

**De la profession de sage-femme en Belgique**

### Publications :

[18] Publication de la commission Européenne,

**Health for the EU in 33 success stories – A selection of successful projects funded by the EU Health Programs**, septembre 2012, 49p.

[19] Publication du conseil fédéral des sages-femmes,

**Profil professionnel de la sage-femme en Belgique**, 18 décembre 2006, 18p.

[20] Publication du conseil fédéral des sages-femmes,

**Avis su conseil fédéral des sages-femmes relatif au profil de compétences de la sage-femme**, 5 Avril 2011, 12p.

[21] Publication du Collectif des Associations et Syndicats de Sages-Femmes,

**Référentiel métier et compétences des sages-femmes**, Janvier 2010, 34p.

[22] Publication du conseil national de l'ordre des sages-femmes,

**Etude des régulateurs Européens de sages-femmes**, deuxième édition, Février 2010, 28p.

[23] Publication de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé,

**Compte-rendu de l'audition des sages-femmes du 7 avril 2010**, 10p.

[24] Publication du conseil de perfectionnement des écoles de sages-femmes,

**Cursus LMD Maïeutique**, 24 novembre 2009, 88p.

[25] Communiqué de presse de l'université libre de Bruxelles,

**Projet européen PERISTAT : pour la première fois, des données européennes comparables sur la santé de la mère et de l'enfant**, 11 décembre 2008, 3p.

[26] Communiqué de presse de l'INSERM,

**Rapport européen sur la périnatalité : la France comparée aux autres pays d'Europe**, 11 décembre 2008, 5p.

### Documents juridiques :

Européens :

« **Directive 80/154/CEE du Conseil**, du 21 janvier 1980, visant à la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres de sage-femme et comportant des mesures destinées à faciliter l'exercice effectif du droit d'établissement et de libre prestation de services ».

Journal officiel n° L 033 du 11/02/1980

« **Directive 80/155/CEE du Conseil**, du 21 janvier 1980, visant à la coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant l'accès aux activités de la sage-femme et l'exercice de celles-ci ».

Journal officiel n° L 033 du 11/02/1980

« **Décision 80/156/CEE du conseil** du 21 janvier 1980 portant création d'un comité consultatif pour la formation des sages-femmes »

Journal officiel n° L 033 du 11/02/1980

« **Directive 2005/36/CE du parlement et du conseil** du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles. »

Journal officiel n° L 255/22 du 30/09/2005

Belges :

« **Arrêté Royal n°78 du 10 novembre 1967, relatif à l'exercice des professions des soins de santé** »

Moniteur Belge du 14/11/1967

« **Arrêté Royal du 1<sup>er</sup> février 1991, relatif à l'exercice de la profession de sage-femme**»

Moniteur Belge du 06/04/1991

« **Décret du 2 juin 2006**, établissant les grades académiques délivrés par les hautes écoles organisées ou subventionnées par la communauté française et fixant les grilles d'horaires minimales »

Moniteur Belge du 21 septembre 2006

« Circulaire OA n° 2012/518 relative aux tarifs des sages-femmes en vigueur à partir du 1 janvier 2013 » de l'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité du 18 décembre 2012

Français :

« Code de la Santé Publique »

Documents électroniques :

Conseil national de l'ordre des sages-femmes

<http://www.ordre-sages-femmes.fr>

Union Professionnelle des Sages-femmes Belges

<http://www.sage-femme.be>

Historique et fonctionnement de l'Union Européenne :

<http://www.touteurope.eu>

<http://europa.eu>

<http://www.monde-diplomatique.fr>

<http://www.constitution-europeenne.fr>

Liste et coordonnées des écoles de sage-femme en Belgique francophone

<http://www.sage-femme.be/etudiants/les-ecoles>

Liste et coordonnées des maisons de naissances en Belgique

<http://www.alternatives.be>

Iconographie

Page de garde :

Carte de l'union européenne : <http://europschool.net>

Carte Belgique : <http://www.enchantedlearning.com>

Carte France : <http://www.cartograf.fr>

Page de remerciements :

Reproduction au fusain, par une internaute d'une photographie d'Anne Geddes.

Page 3 :

Carte 1 : Les différentes régions de Belgique: Modifiée à partir de l'article « Le fédéralisme en Belgique et au Canada » publié le 18 Mars 2009 sur le site de l'université de Liège.

# ANNEXES

Extraits de la directive européenne 2005/36/CE

Extrait du code de la santé publique articles L41-51 à L4151-4

Arrêté royal du 1<sup>er</sup> février 1991 relatif à l'exercice de la profession de sage-femme

Grille horaire pour la section sage-femme de la Haute Ecole Louvain en Hainaut

## Résumé :

La France et la Belgique ont une frontière commune, ils font tous deux partie des pays fondateurs de l'Union Européenne et une grande partie de leurs ressortissants parlent la même langue. Autant de points communs qui les rapprochent et favorisent les échanges, notamment professionnels, entre leurs deux territoires.

La profession de sage-femme fait partie des sept professions dites « sectorielles ». En conséquence, il existe une reconnaissance automatique des diplômes entre les différents pays de l'Union Européenne. Afin de garantir les qualifications professionnelles et ainsi la qualité et la sécurité des soins, il a été nécessaire d'uniformiser les formations. Une directive européenne fixe les conditions minimales de formation et de compétence des sages-femmes. Celles qui ont reçu au minimum la formation proposée par la directive, peuvent exercer leur profession dans l'Etat membre de leur choix et ce, dans les mêmes conditions que les nationaux.

Malgré une volonté d'uniformiser les formations, compétences et modes d'exercice de la profession de sage-femme en Europe, des différences persistent. Comparer le métier de sage-femme en Belgique et en France nous amène à constater que les différences se trouvent plus dans l'exercice quotidien de la profession sur le terrain que dans les textes juridiques qui l'encadrent.

## Mots clés :

Sages-femmes, France, Belgique, Union Européenne, Compétences, Formation

## Abstract :

*France and Belgium are close countries, they both participate to the European Union creation and a large part of their inhabitants speak the same language. These common points make professional exchanges between their lands easier.*

*Midwifery is one of the seven European « sectoral professions ». Then, there is an automatic recognition of formal qualifications from one member state to another. In order to ensure professional qualifications and, by the way, quality and safety of medical care, we had to make the training of midwives uniform all over Europe. An European directive sets the minimal skills and training conditions for midwives. The ones who have had at least the training prescribed by the directive are free to work in the member state they want.*

*Despite an European decision to make midwifery more uniform, there still are differences. Having a look at Belgian and French midwives leads us to notice that there are differences on every day work whereas the laws are almost the same.*

## Keywords :

*Midwives, France, Belgium, European Union, Skills, Schooling*