



LA FORMATION CONTINUE DES SAGES-FEMMES

1. Préambule

L'évolution constante des progrès de la médecine, mais aussi les exigences économiques, sociales et juridiques, impose aux praticiens ainsi qu'aux professionnels de santé l'acquisition croissante de connaissances et le perfectionnement de leurs compétences.

C'est au cours de la formation initiale, que chaque étudiant devrait aujourd'hui bénéficier d'un **suivi de son projet professionnel**. Ce projet devant servir de guide pour l'acquis de ses compétences professionnelles et devant le conduire à l'autonomie nécessaire à son apprentissage tout au long de la vie.

La formation médicale continue des professionnels de santé doit permettre d'entretenir et de développer les compétences acquises en formation initiale tout au long de l'exercice professionnel et d'en acquérir de nouvelles suivant les évolutions du métier. Elle doit également induire une capacité d'analyse de son propre comportement professionnel et l'entretien de la performance en regard des attentes des usagers et des priorités de santé publique.

Personne ne peut prétendre exercer un métier tout au long de sa carrière avec les seuls acquis de sa formation initiale et encore moins dans le domaine de la santé. L'exercice professionnel quotidien amène toute sage-femme à constater, dans sa pratique, de possibles carences de sa formation initiale, en particulier au regard

de l'évolution rapide des connaissances et des techniques et des changements législatifs.

L'article R 4127-304 du code de déontologie des sages-femmes stipule que "toute sage-femme doit entretenir et perfectionner ses connaissances..." et cette idée est reprise par la circulaire DGS/SDO/OAE n° 38 du 29 juillet 1992 qui précise que la formation continue est, non seulement une obligation déontologique, mais qu'elle relève de la responsabilité individuelle de chaque sage-femme et de la responsabilité collective de la profession.

L'ordonnance du 24 avril 1996, relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, confirmée par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et complétée par la loi du 9 août 2004 relative à la formation médicale des sages-femmes, transforment l'obligation morale de formation continue en une obligation légale. Bien que le décret d'application de la loi du 9 août 2004 fixant les modalités effectives de celle-ci soit en attente de parution, l'obligation juridique de formation continue pour toute sage-femme ne fait plus aucun doute.

2. L'organisation de la FMC des sages-femmes est dépendante de ses différents modes d'exercice.

2.1. Dans la fonction hospitalière,

la législation indique clairement l'orientation de la formation professionnelle : "la formation professionnelle continue des agents titulaires et non titulaires des établissements énumérés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 a pour but de maintenir ou de parfaire leur qualification professionnelle, d'assurer leur adaptation à l'évolution des techniques et des conditions de travail et de favoriser leur promotion sociale et leur contribution à l'évolution culturelle, économique et sociale" (Décret 1990 et 2001). En 2006, la formation continue représentait 2,3% de la masse salariale des établissements.

Les établissements peuvent indifféremment mettre en place leur service de formation continue qui gèrera complètement la formation des salariés, ou adhérer à l'ANFH (Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier), En 2004, 2265 établissements soit 680 000 salariés étaient gérés par l'ANFH.

Les actions développées visent à couvrir **2 types d'exigence, celle du projet d'établissement** cherchant à garantir et/ou à maintenir la qualité des soins par l'adaptation du personnel aux nouvelles techniques et aux évolutions culturelles, économiques et sociales ; **et celle du projet personnel** (VAE, reconversion).

2.2. Dans la fonction publique territoriale,

l'organisation est proche du secteur hospitalier, les collectivités locales versent une cotisation pour la formation au centre national de la fonction publique territoriale. Celui-ci sollicite les organismes extérieurs ou organise lui-même les actions de formation. Le financement des formations est intégralement supporté par les collectivités locales, et chaque formation fait l'objet d'une convention spécifique.

2.3. Dans les établissements privés,

la formation continue représente 1,6% (réforme 2003-2004) de la masse salariale brute, le plan de formation comprend les actions de formations retenues par l'employeur en lien avec les objectifs et priorités de l'établissement. Il représente également un outil de gestion du personnel s'il tient compte des besoins et des compétences des salariés à développer. Il est soumis aux délégués du personnel ou au comité d'entreprise pour les entreprises de plus de 50 salariés alors qu'une commission de formation doit être mise en place dans celles de plus de 200 salariés.

2.4. Dans les établissements sanitaires et sociaux à but non lucratifs participant au service public un minimum de 2,1% de la masse salariale est consacré pour les actions de formation continue, dont 1,6% au titre du plan de formation. L'adhésion à un Fond d'Assurance Formation est possible, il sera gestionnaire et organisateur de la formation pour l'ensemble des salariés.

2.5. Pour les sages-femmes libérales,

deux types de formation sont possibles, selon l'accord conventionnel (la convention nationale des sages-femmes définit les conditions de participation financière de l'assurance maladie à la formation continue de la profession). Des thèmes annuels sont retenus (*site AMELI*), imposant le choix des formations ; c'est l'association "Sage-femme Formation", organisme gestionnaire de la FMC de la profession en secteur libéral, qui procède à un appel d'offre auprès des organismes de formation continue et qui reçoit l'agrément de l'assurance maladie. Chaque sage-femme peut être indemnisée 5 jours par an de FMC par la CPAM. Depuis 2004, les diplômes universitaires (DU) conformes aux thèmes retenus peuvent être pris en charge aussi. En dehors de l'accord conventionnel, tous les travailleurs indépendants cotisent pour une contribution recouvrée par les URSAFF (Fond interprofessionnel de formation des professions libérales), donnant droit à 2 jours par an et par professionnel. Sous certaines conditions, la caisse de retraite des sages-femmes libérales peut participer au financement de la formation continue.

Enfin, nous retrouvons une dynamique associative qui permet aux sages-femmes de tous types d'exercice de gérer leur formation et de réfléchir ensemble à des problématiques professionnelles, c'est le cas des ASSINCOPROB (20 associations en 2005), regroupées en Fédération des Associations d'Information-formation Continue des praticiennes de l'Obstétrique.

3. La responsabilité de la sage-femme face à la formation continue

C'est tout d'abord un devoir déontologique, dans le but de délivrer les soins les plus adaptés aux usagers. Dans ce cadre le professionnel se doit de poursuivre plusieurs objectifs et **d'être actif** face au choix de ces formations (*adapté de Canmeds 2000*):

- *Concevoir, appliquer et documenter une stratégie personnelle d'éducation permanente*
- *Cerner ses lacunes, identifier ses besoins*
- *Choisir une méthode d'apprentissage appropriée*
- *Evaluer le fruit de ses efforts*

L'étendue des connaissances aujourd'hui et l'exigence de la qualité des soins demandés par les usagers, ne permet plus d'utiliser un seul outil d'apprentissage; la diversité des approches pédagogiques dans les écoles devrait aboutir à un professionnel qui aura intégré l'acquisition des bases de la critique de la littérature et s'être exercé à la recherche de données probantes, avec l'intégration des meilleures d'entre elles dans sa pratique et aux valeurs des patientes (Sackett, 2000, cité par Gay 2004).

Plusieurs guides de formation ont défini les critères pouvant aider à mieux choisir sa formation : en effet le professionnel doit être capable de juger de la valeur d'une formation avant de s'y engager (*Quelles compétences vais-je acquérir ? Le contexte de développement de compétences proposées est-il adapté à ma pratique ? Aurais-je un rôle actif ? Y aura-t-il une possibilité de transfert de ces connaissances (ou pratiques) dans mon exercice professionnel ? Etc....*). Ceci sera précieux quand le professionnel cherchera une formation et le proposera au plan de formation. Dans la même optique le service de formation aura une démarche de qualité à poursuivre.

Et c'est dès l'enseignement initial qu'il faut concevoir **une éducation à la formation tout au long de la vie**, en permettant l'initialisation de **la pensée critique**, c'est à dire:

- *Appliquer les principes de l'évaluation critique aux sources d'information médicales et autres*
- *Manifester une curiosité scientifique*
- *Fonder ses décisions sur des preuves solides*
- *Se maintenir à jour quant aux normes de soins applicables*

Ce type d'apprentissage exige un **accès aux banques de données**, ce qui est facile en temps qu'étudiant ; dans le cadre de la formation continue, le développement de cet accès pour les professionnels est indispensable dans les établissements et les réseaux. Cette démarche doit permettre à la sage-femme de prendre de meilleures décisions. De la même façon, la sage-femme doit s'informer des recommandations de pratiques cliniques, et discuter leur intégration dans sa pratique (voir constitution de groupes de pairs). Ces recommandations peuvent être aussi reprises comme priorité de santé publique (et de service), comme cela a été développé pour l'accompagnement de l'allaitement maternel depuis quelques années pour ne citer que cet exemple. **Le développement des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC) dans les institutions et les réseaux** devrait renforcer « *l'accès à l'information médico-scientifique notamment par le développement des abonnements électroniques permettant un accès à distance aux revues médicales et scientifiques, mais également par la mutualisation des ressources documentaires institutionnelles et le développement de partenariats* » (plan 2005 de formation à l'APHP).

Dans un document de travail de l'APHP (2007), sur les orientations de développement des compétences **le professionnel est situé comme un acteur central de sa formation** : *« la responsabilité des professionnels consiste à inscrire leur action dans une logique d'enrichissement permanent des pratiques, de coopération inter-professionnelle et de contribution à la performance collective. Chaque professionnel doit à ce titre s'investir dans le développement de ses compétences ».*

Ces démarches font partie de plein droit du renouvellement des connaissances, des procédures et des attitudes de la sage-femme dans le cadre de sa pratique quotidienne ; et elles concourent au **maintien de l'expertise médicale de la sage-femme**, par l'acquisition des nouvelles technologies, thérapeutiques et modalités de prise en charge des patients (comme celle de populations spécifiques).

Enfin, un autre besoin institutionnel se fait sentir c'est la capacité d'adaptation et d'ajustement, pour participer à **l'élaboration de nouveaux modes d'organisation**, ceci accompagné par les institutions, d'autant que les conditions de travail des sages-femmes tendent à se dégrader surtout dans les établissements publics de grande taille (IRDES, 2005), avec le sentiment de ne pas avoir assez de temps pour s'occuper des femmes, et une augmentation des tâches administratives.

Dans les établissements de plus petite taille (IRDESS, 2005), c'est la lourdeur des responsabilités et une collaboration difficile avec les autres professionnels qui sont relevées, ici c'est l'importance de la mise en place d'une collaboration en réseau qu'il est utile de soutenir, pour essayer de pallier à ce « burn-out » professionnel.

4. Etat des lieux en 2006, l'absence de concertation :

Il n'existe pas en 2006 de concertation à propos de la formation des sages-femmes, peu d'enquêtes permettent d'établir le taux des sages-femmes bénéficiant d'actions de formation rémunérées, les évaluations des compétences acquises à la suite des actions de formations sont rares ou non communiquées.

Les formations actuellement proposées aux sages-femmes sont dispensées par de **multiples acteurs** comme les Ecoles de sages-femmes -16 sur 35 proposent des formations en 2006 (I. Paulard)-, les Universités (Diplômes Universitaires), les organismes indépendants, les associations, les Conseils de l'Ordre départementaux. Seulement, aucune structure ne recense l'ensemble de l'offre de formation et ce manque représente une véritable difficulté pour les professionnels. Récemment la Fondation Mustela a permis d'éditer un premier document de recensement des formations, sa mise à jour devrait être régulière.

De quelles garanties bénéficient alors les praticiennes, leur permettant de s'assurer de la qualité des formations proposées?

La base solide d'un enseignement initial en santé publique et en économie de la santé (comprenant des enquêtes, des exposés, la tenue d'un portfolio) devrait servir à **construire des compétences professionnelles** certifiées non seulement par les épreuves du diplôme d'état, mais par la promotion d'une activité clinique réflexive et responsable au cours et après les études. En sachant que *«la notion de compétence médicale relève avant tout d'une qualification professionnelle fondée sur des critères médicaux et non d'une approche par poste de travail » (Matillon, 2006).*

La profession est définie comme une profession médicale, mais elle ne bénéficie pas complètement des possibilités de renouvellement des connaissances acquises par les médecins, car l'expertise médicale des sages-femmes reste méconnue, et selon ses modes d'exercice elle ne parvient pas à utiliser l'ensemble de ses compétences de base ; divers facteurs expliquent cet état de fait avec entre autres la spécialisation (exemple en salle de naissance dans les maternités), le manque d'accès à la formation continue à cause de problèmes organisationnels avant tout (comme le manque d'effectif et de temps). En l'absence d'enquête nationale sur la FMC des sages-femmes, nous ne pouvons recueillir que des tendances.

Et pourtant, en présence d'une FMC structurée les bénéfices pour la population et les institutions et/ou réseaux sont faciles à imaginer ; par exemple, l'accès aux diplômes universitaires a déjà permis à de nombreuses sages-femmes de valider des compétences dans les divers champs de la périnatalité et de permettre le développement de consultations spécifiques comme la tabacologie, le conseil en allaitement, la rééducation périnéale, la sexologie ; mais aussi d'accéder à des modalités de surveillance des grossesses comme les techniques de pointe que sont l'échographie et le doppler. Ainsi les sages-femmes s'intègrent dans des équipes pluridisciplinaires, démontrent leur expertise et participent à la protection et à la valorisation du système de santé.

En 1998, une enquête régionale (Bachelier), montrait que les sages-femmes privilégiaient les colloques et les formations courtes. Était-ce en réponse à un manque d'informations ou encore au manque de disponibilité ? Cette enquête a aussi mis en valeur la réticence, voir le **refus des sages-femmes à accéder à une politique de recertification (70%)**, I. Paulard fait le même constat en 2006, dans une enquête à propos des formations dispensées par les écoles de sages-femmes.

Il s'agit donc d'un défi de familiariser les sages-femmes avec les principes de l'évaluation professionnelle, l'HAS a commencé avec les médecins à proposer des outils d'autoévaluation (comme le suivi de l'allaitement qui a été réalisé avec les pédiatres) ; ces médecins engagés dans l'évaluation reçoivent l'aide de confrères habilités (via l'URML). De même un pool de sages-femmes motivées pourrait être habilitées à l'évaluation de leurs pairs, et en accord avec leurs collègues en évaluation fixer la date d'une visite (avec la mention de l'habilitation sur les ordonnances - datée, celle-ci étant valable 5 ans-).

Dans ce cadre l'amélioration de la pratique des sages-femmes se fera par la mise en place d'outils d'évaluation de la pratique professionnelle quotidienne (Ex. prescription d'une contraception, guidance de l'allaitement, bonnes pratiques de suivi de grossesse...), selon des critères de qualité prenant en compte les données scientifiques et professionnelles.

La réflexion de l'ensemble de la profession est rapidement nécessaire pour organiser un maillage des formations, par exemple en région, sous l'égide d'instances comme le Conseil de l'Ordre, le Collège des sages-femmes. L'accès à l'information est en effet essentiel, chaque sage-femme devra à court terme pouvoir accéder à des propositions de formation, suffisamment transparente pour pouvoir juger de leur qualité et en comprendre l'intérêt pour le maintien de leur expertise.

Dans cette vision de renouvellement des connaissances, **la création de situations de travail motivantes comme la notion de « projet de service sage-femme »** pourrait prendre un intérêt majeur. La réflexion collégiale pourrait s'investir dans l'étude et l'application de recommandations et à terme faire l'objet de recherches dans des champs peu exploités actuellement (comme l'accueil en salle de naissance, la prise en charge de la douleur obstétricale, la mobilité des femmes

en salle d'accouchement, ou encore des actions d'éducation au cours de la grossesse et du post-partum). Ainsi, dans le contexte hospitalier, la mise en place des pôles pourrait permettre la mise en valeur des potentialités professionnelles de la sage-femme, et la mise en place d'une stratégie de formation continue.

La mise en place de groupes de formations comme les groupes de pairs, informels ou non, aurait aussi un effet potentiel sur la pratique clinique des sages-femmes, puisque ces groupes permettent sous la condition de rencontres régulières, de partager des conduites à tenir, de se conseiller et enfin de constituer de nouvelles connaissances après l'exploitation d'une recherche bibliographique liée à une problématique du jour. *« Selon les participants et les moments de la vie du groupe, les enjeux essentiels sont alors de type restauration, préservation, affirmation ou différenciation identitaire tant au plan individuel qu'au plan groupal ».* *« L'analyse des circuits et des trajectoires de soins facilite ce travail de différenciation identitaire car il conduit les participants à se situer – individuellement et collectivement et à jouer ainsi un rôle de réduction des tensions identitaires favorisant ainsi les pratiques collaboratives et renforçant le travail en réseau ».* (cité par Gallais, SFMG, 2002)

La perspective de la recertification pourrait être ainsi mieux acceptée par les sages-femmes, car elle serait initialisée par une autoévaluation des besoins professionnels. L'exemple de nos consoeurs anglo-saxonnes peut à ce titre nous servir. Il reste que l'obligation de FMC et d'EPP, devra s'accompagner d'une large réflexion statistique englobant les professionnels libéraux et ceux exerçant en établissement de santé, pour établir des liens et discuter des statuts nécessaires à l'exercice des compétences médicales de la sage-femme.

Bibliographie:

1. *Annuaire national des diplômés d'université de médecine*, <http://www.dcav.u-bordeaux2.fr> (cliquer sur Université, puis sur Apprentoile) ou demander l'annuaire sur un moteur de recherche (Ex. Google)
2. APHP, 2005, Orientations pluriannuelles de formation, 15 pages
3. Canmeds 2000, 1996, The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada's Canadian Medical Education Directions for Specialists 2000 Project, in <http://rcpsc.medical.org/publications/index.php>
4. *Fondation Mustela, 2004, Guide de la formation continue des sages-femmes* (cliquer sur « nos actions », puis cliquer sur « Le guide formation »), disponible sur <http://www.fondationmustela.com>
5. Gallais J-L, 2002, Règles du jeu, effets et enjeux des Groupes de Pairs comme procédure dans le soin, le formation et la recherche, In Groupe de pairs, premier symposium National, SFMG, 6-11
6. Gallois P., 1997, *La formation médicale continue. Principes, organisation, objectifs, méthodes et évaluation*, Paris, Flammarion Médecine-Sciences,
7. Gay B., et Beaulieu M-D., 2004, *La médecine basée sur les données probantes ou médecine fondée sur niveaux de preuve de la pratique à l'enseignement*, *Pédagogie Médicale*, 5 : 171-183
8. IRDESS, 2005, *La profession de sage-femme : trajectoires, activités et conditions de travail*, *Questions d'économie de la santé*, décembre N° 102, 4p
9. Matillon, Y., mars 2006, *Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles. Les métiers de la santé : rapport de mission*, p. 49
10. Matillon, Y., décembre 2005, *Définir et évaluer les compétences des professionnels de santé. La presse médicale. Paris. Masson*, n° 22, p.1707
11. Paulard I., 2005, *Formation continue des sages-femmes en 2005 : offre, certification et finalités*, *Mémoire Ecole de cadres sages-femmes de Dijon*, p.14