

CONSEIL NATIONAL DES ACCOUCHEUSES

Réunion plénière du 17 janvier 2002

C.N.A.C./2002/ AVIS - 1

TEXTE DEFINITIF

PROFIL PROFESSIONNEL DE LA SAGE-FEMME EN BELGIQUE

Incontestablement, la profession de sage-femme est une profession vieille comme le monde. Dans la société traditionnelle, la sage-femme jouissait de beaucoup de considération. Elle¹ trouvait sa place aux côtés de la mère et incarnait aussi la « sagesse » que la société avait développée autour du thème de la venue au monde et qui était transmise de génération en génération. Elle avait, dans toutes les cultures, un rôle essentiel à remplir dans la transmission de la connaissance traditionnelle du processus de la naissance.

¹ Lorsqu'il s'agit d'une sage-femme, on choisit d'utiliser « elle ». Ce terme inclut également l'homme.

AVANT-PROPOS

La création du Conseil national des accoucheuses (Loi du 22 février 1994, installation en novembre 1999) en tant qu'organe consultatif du ministère de la Santé publique constitue un jalon dans l'histoire des sages-femmes belges. C'est un moment important dans leur processus de professionnalisation.

Le professionnalisme de la sage-femme, sa place dans les soins de santé sont liés à sa compétence spécifique, à son approche intégrée et à la vision prévalant au sujet de la fertilité, de la grossesse, de l'accouchement et des couches. Le bien-être d'une société est déterminé par la santé de sa population. La santé de l'enfant qui n'est pas encore né est incontestablement influencée par la qualité de vie de ses parents mais également par la vision sur la santé qu'ont ceux qui s'occupent de fertilité et de soins périnataux de manière professionnelle. La société, mais en particulier les parents et les professionnels de la santé, sont responsables des attentes en ce qui concerne la santé du futur enfant. La force de chaque femme pour mener à bien la grossesse, la naissance et la maternité doit être renforcée et soutenue. La mission de la sage-femme est de reconnaître le savoir-faire de la femme, de le légitimer et de le parachever. La sage-femme a une mission importante qui consiste à former les jeunes sur les plans sexuels et relationnels.

La science et la technologie médicales sont au service de la fertilité humaine. La sage-femme veillera à les mettre à profit, en harmonie et en équilibre avec la physiologie. Durant la grossesse et les couches, elle veillera à la santé de la mère et du futur enfant, l'améliorera et si nécessaire la rétablira, en collaboration avec les spécialistes médicaux et d'autres professionnels de la santé. La sage-femme a un rôle propre à remplir, tant pour les soins périnataux du premier échelon que pour ceux à haut risque. Ce rôle doit être bien défini pour elle-même mais aussi pour ses collaborateurs directs et pour le monde extérieur.

L'élaboration d'un profil professionnel national par un groupe de travail ad hoc constitue une des premières réalisations du Conseil national des accoucheuses. Puisse le présent document contribuer à la reconnaissance et à la considération de la sage-femme belge dans les contextes nationaux et internationaux.

Josef Tavernier
Ministre de la Protection de la Consommation, de la Santé publique et de
l'Environnement
Octobre 2002

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

- 1. DEFINITION DE LA PROFESSION DE LA SAGE-FEMME**
- 2. CODE ETHIQUE INTERNATIONAL DE LA SAGE-FEMME**
- 3. L' HISTORIQUE DE LA PROFESSION DE LA SAGE-FEMME**
- 4. VISION SUR L'EXERCICE DE LA PROFESSION DE LA SAGE-FEMME**
 - 4.1. Vision sur la santé, l'obstétrique, la grossesse, l'accouchement et la parentalité
 - 4.2. Vision sur l'exercice de la profession de la sage-femme
- 5. DISPOSITIONS LEGALES REGLEMENTANT LA FORMATION ET LA PROFESSION DE LA SAGE-FEMME**
 - 5.1. Directives européennes
 - 5.2. Législation belge relative à l'exercice de la profession
 - 5.3. Législation belge relative à la formation
 - 5.4. Cadre institutionnel
- 6. FONCTIONS ET QUALIFICATIONS DE LA SAGE-FEMME.**
 - 6.1. Fonctions de base de la sage-femme
 - 6.2. Activités complémentaires de la sage-femme
- 7. CONTEXTE PROFESSIONNEL DE LA SAGE-FEMME**
 - 7.1. Situation générale
 - 7.2. Terrain d'activité réparti en fonction du type d'organisation, de l'environnement et des conditions de travail
- 8. PARTICIPATION DE LA SAGE-FEMME AUX STRUCTURES NATIONALES ET INTERNATIONALES**
 - 8.1. Participation aux structures nationales.
 - 8.2. Participations aux structures internationales.
- 9. ADRESSES UTILES**

REFERENCES ET BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

Le profil professionnel de la sage-femme belge est une réalisation du groupe de travail ad hoc « Profil professionnel » du Conseil national des accoucheuses. Une réflexion approfondie sur la place et le rôle de la sage-femme dans les soins de santé en Belgique est à la base de ce document. Les sages-femmes sur le terrain, travaillant comme praticiennes libérales ou salariées, et les sages-femmes enseignantes ont participé à ce processus.

Ce profil professionnel national est **inspiré** par:

- "Beroepsprofiel van de Vroedvrouw". VLOR, Vlaamse Onderwijsraad, 1998.
- "Beroepsprofiel van de Vroedvrouw". WVVV, Wetenschappelijke Vereniging voor Verpleegkunde en Vroedkunde, Kring Vroedvrouwen, 1996.
- "La profession de sage-femme à l'aube de l'an 2000". Rapport rédigé par l'UPAB, Union Professionnelle des Accoucheuses Belges, 2000.
- "Fonctions, objectifs de formation et qualifications-clés". Documentation sur la profession de sage-femme et sur l'association professionnelle de la Fédération suisse des sages-femmes, 1998.
- "La profession sage-femme au Québec". Dossier Côtes des Neiges du Regroupement des sages-femmes du Québec, Montréal, 1999.

Ce profil professionnel est **divisé** en neuf rubriques.

Définition de la profession de sage-femme

1. Code éthique international pour la sage-femme
2. Antécédents historiques de la profession de sage-femme
3. Vision sur l'exercice de la profession de sage-femme
4. Dispositions légales réglementant la profession et la formation de sage-femme
5. Fonctions et qualifications de la sage-femme.
6. Contexte professionnel de la sage-femme
7. Participation de la sage-femme aux structures nationales et internationales
8. Adresses utiles

L'objectif visé par les auteurs de ce profil professionnel est de donner un aperçu de la pratique de la sage-femme belge et de souligner la spécificité de la profession. Nous espérons que ce profil professionnel sera une invitation pour l'ensemble des sages-femmes belges à réfléchir de manière critique sur leur propre définition de leur profession et à collaborer de manière créative à l'actualisation continue de l'offre de soins.

Nous sommes convaincus que ce document contribuera à faire connaître la sage-femme et la place qu'elle occupe au sein des soins de santé, auprès d'autres praticiens professionnels des soins périnataux, de (futurs) parents, d'étudiants, de la population dans son ensemble.

1. DEFINITION DE LA PROFESSION DE LA SAGE-FEMME

Nous avons opté pour la définition de la profession de sage-femme de l'O.M.S. (1992) en raison de son caractère universel et complet.

C'est à partir de cette définition, admise sur le plan international, que le profil professionnel national de la sage-femme belge est établi, adapté et relié à la situation actuelle dans les Communautés française et flamande du Royaume de Belgique.

"A midwife is a person who, having been regularly admitted to a midwifery educational programme, duly recognised in the country in which it is located, has successfully completed the prescribed course of studies in midwifery and has acquired the requisite qualifications to be registered and / or legally licensed to practise midwifery.

She must be able to give the necessary supervision, care and advice to women during pregnancy, labour and postpartum period, to conduct deliveries on her own responsibility and to care for the newborn and the infant. This care includes preventative measures, the detection of abnormal conditions in mother and child, the procurement of medical assistance and the execution of emergency measures in the absence of medical help. She has an important task in health counselling and education, not only for the women, but also within the family and the community.

The work should involve antenatal education and preparation for parenthood and extends to certain areas of gynaecology, familyplanning and childcare. She may practise in hospitals, clinics, health units, domiciliary conditions or in any other service".

TRADUCTION

Une sage-femme est une personne ayant suivi avec régularité un programme de formation en matière d'obstétrique, dûment reconnu dans le pays où ce programme est organisé, ayant terminé avec fruit le programme de formation en obstétrique prévu et ayant acquis les qualifications requises pour pouvoir exercer légalement l'obstétrique.

Elle doit être capable de superviser, de soigner et de conseiller utilement la femme au cours de la grossesse, du travail et du postpartum, d'effectuer des accouchements sous sa propre responsabilité et de soigner le nouveau-né et l'enfant en bas âge. Ces soins comprennent la prise de mesures préventives, la détection d'anomalies chez la mère et le nourrisson, l'assistance médicale et la prise de mesures d'urgence en l'absence d'aide médicale. Elle assume une tâche importante en matière d'information et d'éducation à la santé, non seulement à l'égard de la femme, mais également au sein de la famille et de la communauté.

Sa fonction implique également l'éducation prénatale et la préparation au rôle parental, et s'étend à certains domaines de la gynécologie, au planning familial et aux soins à l'enfant. Elle peut pratiquer son métier en milieu hospitalier, en maternité, en unité de soins, à domicile ou dans d'autres services.

(ICM International Confederation of Midwives, 1990)

(IFGO International Federation of Gynaecology and Obstetrics, 1991)

(WHO World Health Organisation, 1992)

2. CODE ETHIQUE INTERNATIONAL DE LA SAGE-FEMME

L'objectif de l'I.C.M. (International Confederation of Midwives) est une amélioration mondiale de la qualité des soins pour la femme, l'enfant et la famille. En raison du rôle central des sages-femmes en ce qui concerne l'amélioration de la santé de la femme, l'ICM a formulé un code éthique pour la formation en art obstétrical, - pratique et -recherche (Vancouver, Canada, mai 1993). Ce code part du principe que chaque femme est une personne à part entière, que chacune jouit des mêmes droits et que les soins de santé doivent être accessibles de la même façon pour tout le monde. Il se base sur le respect mutuel et la confiance et sur la compétence de tous les membres de cette société.

1. Collaboration avec d'autres

- Les sages-femmes respectent le choix mûrement réfléchi de la femme l'aident à prendre la responsabilité des conséquences de son choix.
- Les sages-femmes collaborent avec les femmes et les encouragent à prendre activement part aux décisions relatives aux soins de santé. Elles leur permettent de s'exprimer, dans le cadre de leur culture et de leur société, en ce qui concerne les soins de santé qui leur sont dispensés ou qui sont dispensés à leur famille.
- Les sages-femmes se concertent avec les organes de décision et de financement pour ce qui est de l'élaboration des équipements médicaux et la répartition des moyens financiers prévus à cet effet. Elles tiennent compte des priorités et de la disponibilité.
- Les sages-femmes se soutiennent et s'entraident dans l'exercice de leur profession et encouragent activement le respect de soi.

- les sages-femmes collaborent avec d'autres professionnels de la santé. Elles les consultent et leurs adressent leurs clientes lorsqu'elles ne sont pas compétentes pour appliquer un traitement.
- Les sages-femmes reconnaissent leur dépendance envers les autres professionnels de la santé dans leur secteur et s'attachent à résoudre les conflits y afférents.

2. La pratique obstétricale

- les sages-femmes dispensent les soins périnataux aux femmes et à leurs famille et ce, dans le respect des différences culturelles. En outre, elles combattent les usages contraires aux droits de l'homme et de l'enfant.
- Les sages-femmes dressent une image réaliste de la grossesse et de la naissance, avec comme condition minimale que chaque femme soit protégée contre tout ce qui peut lui porter préjudice, lors de la conception, de la grossesse et de l'accouchement.
- Les sages-femmes utilisent leur connaissance professionnelle afin que l'accouchement se déroule, partout et dans toutes les cultures, en toute sécurité.
- Les sages-femmes assistent en toutes circonstances les femmes nécessitant des soins au niveau psychique, physique, émotionnel et mental.
 - Les sages-femmes servent d'exemple pour la promotion de la santé pour les femmes, pour les familles et pour les autres professionnels de la santé.
- Tout au long de leur carrière professionnelle, les sages-femmes cherchent à développer leurs connaissances sur les plans professionnels, intellectuels et intègrent ces nouvelles connaissances dans leur pratique.

3. La responsabilité professionnelle de la sage-femme

- Les sages-femmes respectent le droit à la vie privée. Elles traitent les informations relatives à leurs clientes dans la plus stricte confidentialité et ne divulguent jamais d'informations à des tiers sans motif valable.

- Les sages-femmes sont responsables de leurs décisions et de leurs actes et répondent des conséquences du traitement qu'elles appliquent.
 - Les sages-femmes peuvent refuser d'effectuer tout acte contraire à leurs conceptions morales. Cependant, elles ne peuvent jamais priver la femme de soins de santé essentiels.
- Les sages-femmes participent au développement et à l'installation d'une politique de promotion de la santé pour toutes les femmes et leur famille.

4. Promotion de la connaissance et de la pratique obstétricale

- Dans le cadre de la progression de la connaissance obstétricale, les sages-femmes garantissent les droits de la femme en tant que personne à part entière.

Les sages-femmes développent et partagent la connaissance obstétricale avec des collègues par le biais de la formation permanente et de la recherche
- Les sages-femmes collaborent à la formation des étudiantes en art obstétrical.

3. L' HISTORIQUE DE LA PROFESSION DE LA SAGE-FEMME

Paul Defoort et Michel Thiery

L'aide apportée à la femme qui accouche est **vieille comme le monde**, de sorte que la fonction de sage-femme a toujours existé. A l'origine, la fonction est exercée par les femmes bien vues de la communauté qui, la plupart du temps, sont d'âge mûr et qui ont elles-mêmes mis au monde des enfants. Ces « midwives without training » existent encore actuellement dans le tiers monde. Cependant, il est clair que les exigences étaient déjà plus élevées dans les civilisations classiques. Soranos d'Ephèse (2ème siècle après J.C.) attendait d'une sage-femme qu'elle soit formée pour ce qui est de la théorie et qu'elle consulte la littérature spécialisée.

A partir du **15ème siècle**, la profession de sage-femme est réglementée au niveau communal dans la plupart des Etats européens. La sage-femme qualifiée et assermentée est devenue la norme et elle reçoit une formation professionnelle structurée. Cet enseignement permet la création, vers la fin du **16ème siècle** et au **17ème siècle**, d'un corps de sages-femmes hautement qualifiées et conscientes d'elles-mêmes. On peut donc parler du 17ème siècle comme étant l'âge d'or de la sage-femme.

L'élan du 17ème siècle s'est toutefois affaibli au **18ème siècle**. Depuis que Louis XIV fait accoucher ses maîtresses royales par un accoucheur, il est de bon ton d'introduire un homme dans la chambre de l'accouchée. La sage-femme perd du terrain. Néanmoins, on tente encore dans nos régions d'élever le niveau de l'enseignement destiné aux accoucheuses. Après que l'accoucheuse de la cour de France, Angélique du Coudray eut donné un cours pour sages-femmes à Ypres, des cycles de cours sont mis sur pied entre autres à Bruges, Courtrai et Furnes.

Cependant, l'annexion de nos régions par la République française en 1795 fait table rase de ces développements. L'année 1803 est marquée par plus de réalisme et une loi est votée, qui impose la création d'une école pour sages-femmes dans l'hôpital le plus fréquenté du département.

Pendant la période hollandaise, la profession de la sage-femme est réglementée par la loi du 12 mars 1818. Cette loi, qui fait partie de la loi-

cadre relative à l'exercice de la médecine, précise que la sage-femme ne peut intervenir que pour des naissances naturelles. Il n'existe pas encore d'écoles pour sages-femmes. Les candidates doivent aller en apprentissage auprès d'une sage-femme établie. Cinq ans plus tard, l'AR du 6 janvier 1823 prévoit la création d'écoles pour sages-femmes, auprès des hôpitaux civils.

Au **19ème siècle**, la profession de sage-femme connaît un recul. La régression sociale de la profession, auparavant très estimée, est un phénomène international. Une des causes principales est l'évolution rapide de la médecine scientifico-académique : Les médecins ont beaucoup plus à offrir que la sage-femme.

L'apparition de l'infirmière affaiblit également la position de la sage-femme. Florence Nightingale crée le type d'infirmière qui répond aux besoins des nouveaux hôpitaux et dont l'image sociale est beaucoup plus acceptable que celle de la sage-femme contemporaine. L'idée prédominante de la « femme respectable » au sein de la bourgeoisie du 19ème siècle n'améliore pas davantage l'image de la sage-femme. La femme respectable doit être une personne « élevée dans du coton », qui en connaît le moins possible sur la procréation. En outre, le mouvement féministe naissant affiche peu de sympathie pour la sage-femme, qui est considérée comme l'illustration de tout ce qui ne va pas en ce qui concerne la position de la femme. Pour les féministes, devenir médecin est l'objectif ultime, être sage-femme n'en est que la caricature.

Au début du **20ème siècle**, des voix s'élèvent pour faire interdire la profession de sage-femme. Les sages-femmes sont extrêmement mal payées. En outre, elles sont confrontées à une réduction du taux de natalité. Malgré le mauvais salaire et le peu de valeur que la société attache à cette profession, le nombre de sages-femmes ne cesse d'augmenter. Cela a pour conséquence que la sage-femme ne peut plus vivre de ses revenus. Aussi bien les obstétriciens, les autorités sanitaires que les sages-femmes acquièrent peu à peu la conviction que la pratique obstétricale est susceptible de nombreuses améliorations : outre les aspects médicaux spécifiques, l'amélioration de l'hygiène sociale et, de manière plus générale, des conditions de vie de la population sont importantes. Dans cette optique, la sage-femme s'est vue à nouveau

attribuer un rôle clé, il est vrai, en collaboration avec le médecin. En Belgique, les études de sage-femme sont réglementées par l'AR de 1924. Cet AR réglemente aussi l'exercice de la profession de manière approfondie. Par conséquent, on veille à la qualité de la formation de la sage-femme et de sa pratique. Dans ce cadre de référence, on reconnaît clairement l'amorce d'une obstétrique basée sur des normes, telle qu'elle existe actuellement. Cependant, l'esprit assez paternaliste de cette époque fait de la sage-femme une auxiliaire médicale, qui seconde fidèlement le médecin dans l'accomplissement de son projet médical. D'une part, on attire l'attention de la sage-femme sur son rôle privilégié et, d'autre part, on la considère comme incapable et elle doit céder la place au médecin. La première nécessité est d'organiser les sages-femmes pour pouvoir apporter un changement. C'est ainsi que les associations de sages-femmes sont créées et qu'en 1911, la revue « Het vroedvrouwentijdschrift » est éditée. Le principal objectif de ces associations est d'améliorer la situation matérielle des sages-femmes. A partir de 1946 se développe une attitude de professionnalisme volontaire. Les frontières étant à nouveau ouvertes, les sages-femmes vont pouvoir étudier la situation de la sage-femme, sa formation et son exercice professionnel dans plusieurs pays européens. En juin 1946, les sages-femmes flamandes et wallonnes créent un conseil national destiné à mener des actions communes à l'occasion de problèmes professionnels. Un problème épineux est dû au fait que, du côté médical, on insiste pour que toutes les candidates-accoucheuses étudient d'abord trois ans comme infirmière et qu'ensuite elles se spécialisent en tant que sage-femme pendant une année. Cela signifiait alors la suppression de la profession de sage-femme en tant que telle. Entre-temps, des changements sont intervenus au niveau de l'assurance-maladie. A partir de 1945, l'assurance maladie et invalidité obligatoire prévoit une intervention pour les accouchements à l'hôpital et pour l'aide spécialisée fournie par le gynécologue. Au 20ème siècle, l'accouchement à l'hôpital devient la norme en Belgique. Les sages-femmes cèdent la place aux gynécologues et travaillent désormais à l'hôpital sous le statut d'employée. En 1957, la formation pour sages-femmes est incorporée dans la formation pour infirmières à l'occasion de la création du graduat en art infirmier. Le diplôme de sage-femme est obtenu après deux ans d'étude

en art infirmier et une année de spécialisation en obstétrique. Entre-temps, les associations professionnelles autonomes flamandes de sages-femmes sont devenues une section des organisations professionnelles d'infirmières. Seule l'organisation neutre francophone est restée une association autonome.

En 1967, les sages-femmes francophones neutres et catholiques sont à la base de la création du comité de liaison des sages-femmes de la Communauté Européenne. Les objectifs définis sont : les conditions d'admission et le fonctionnement des écoles de sages-femmes dans tous les pays de la Communauté Européenne, certains desiderata furent exprimés et sont toujours d'actualité.

En 1980 sont promulguées les directives CEE qui, en fonction de la libre circulation des diplômés au sein de l' Union Européenne, uniformisent au maximum la formation de sage-femme et la pratique professionnelle. En 1988, le Comité de Concertation des sages-femmes belges (OCBV) est créé, avec pour objectif de mettre sur pied une plate-forme de concertation pour les sages-femmes wallonnes et flamandes et pour leur donner plus de poids sur la scène internationale.

Dans l'AR du 1er février 1991 relatif à l'exercice de la profession de sage-femme, les compétences de la sage-femme sont actualisées et élargies. Afin de transposer les directives de l'UE et sous l'impulsion du rapport de février 1991 du comité consultatif pour la formation des sages-femmes, qui considère la formation belge comme étant insuffisante, on lance en Flandre en septembre 1995 une formation autonome renouvelée en obstétrique, directement accessible après l'enseignement secondaire.

Selon le décret relatif aux hautes écoles de la Communauté flamande (13 juillet 1994), cette formation est organisée dans le cadre du domaine de recherche « gezondheidszorg » (soins de santé). Il s'agit d'une formation en un seul cycle, sanctionnée par le diplôme de sage-femme après trois ans d'enseignement de plein exercice. La formation est remaniée en 1995 dans la Communauté française en ce sens que le diplôme de sage-femme est obtenu après 4 ans d'études ayant une base commune avec le graduat en art infirmier. Le diplôme mentionne le titre de « sage-femme ».

Tant en Flandre qu'en Wallonie, il existe une association professionnelle neutre et une autre catholique. En Flandre, il s'agit du VLOV (Vlaamse Organisatie van Vroedvrouwen), l'association professionnelle neutre pour

les sages-femmes et du département des accoucheuses NVKVV (Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en Vroedvrouwen), l'association professionnelle catholique.

Du côté francophone, il y a l'association professionnelle neutre UPAB (Union professionnelle des accoucheuses belges) et l'association professionnelle des accoucheuses catholiques AFAC (Association francophone des accoucheuses catholiques).

Comme annoncé dans la loi du 22 février 1994, le Conseil national des accoucheuses a été installé en novembre 1999. Ce conseil fonctionne comme organe consultatif auprès du ministère de la Santé publique.

4. VISION SUR L'EXERCICE DE LA PROFESSION DE LA SAGE-FEMME

4.1. Vision sur la santé, l'obstétrique, la grossesse, l'accouchement et la parentalité

« L'attitude qu'une société a vis-à-vis à la naissance est révélatrice des valeurs de cette société" (Jacques Gélis, La sage-femme ou le médecin).

Nous naissons tous, mais pas dans le même climat. Les possibilités de développement de chacun sont fortement déterminées par ses parents et par la culture dans laquelle il vit. L'histoire détermine fortement l'influence culturelle; nous sommes des enfants de notre temps et on peut difficilement ne pas en tenir compte. Chaque génération développe sa propre (sub)culture et chaque culture produit ses générations. Toute réflexion sur la culture propre à la procréation nous apprend que nous vivons dans une culture d'aliénation, entre autres l'aliénation de notre propre corps. Cette aliénation a pour conséquence de susciter des malaises, une angoisse, la méfiance vis-à-vis des modifications corporelles normales telles que, entre autres, la grossesse, l'accouchement et la naissance. Le degré d'aliénation détermine la qualité de la relation des (futurs) parents et de l'enfant attendu ou de l'enfant né.

La médecine occidentale ne considère et ne traite pas toujours l'homme dans sa globalité. La séparation du corps et de l'esprit a abouti au modèle biomédical. Dans ce cadre, le corps humain est considéré comme une machine, dont les composantes peuvent être analysées.

L'expérience de la grossesse est un processus de croissance physique, psychique et sociale pour les futurs parents. Naître représente plus que le fait de quitter biologiquement le corps de la mère et de venir au monde. Naître c'est aussi un processus psychosomatique, au cours duquel il y a une interaction active entre la mère et l'enfant.

La société actuelle est dominée par l'angoisse de la mort, de la douleur et de la souffrance, le besoin de certitude et la volonté d'exclure tout risque.

Jamais auparavant, les conditions dans lesquelles se déroule l'accouchement n'ont été aussi sûres. Dans le même temps, on met tellement l'accent sur les risques éventuels que cela sape la confiance dans un déroulement naturel de l'accouchement.

Ce n'est pas la maladie, mais la crainte de la maladie et des complications et l'espoir d'éviter la maladie qui pousse de nombreuses personnes à consulter un médecin. La technologie développée à l'origine pour être utilisée sur indication est de plus en plus utilisée pour des groupes entiers de la population, y compris pour la femme enceinte en bonne santé. Le diagnostic est de plus en plus destiné à exclure la maladie au lieu d'en déceler la présence. C'est ainsi que l'on fait subir de plus en plus de tests pour voir s'il n'y a pas lieu de s'inquiéter. " on a davantage confiance lorsqu'on fait quelque chose que lorsqu'on laisse la situation telle quelle".

4.2. Vision sur l'exercice de la profession de la sage-femme

La sage-femme défend le droit des femmes d'agir en tant que femme. Cela implique que la femme a la possibilité et le soutien nécessaire pour pouvoir vivre la grossesse et l'accouchement comme un acte dont la femme est capable et qu'elle n'est pas considérée comme un objet devant être délivré de sa souffrance.

La sage-femme respecte chaque être humain, quelles que soient sa race, sa position, sa vision de la vie. De même, il y a le respect pour l'environnement et la nature. Son attention pour la grossesse et l'accouchement en tant que processus naturels constitue naturellement la base de sa pratique professionnelle. C'est pourquoi elle ressent toute intervention dans ces processus comme une perturbation inutile. La sage-femme connaît et défend les droits physiques et affectifs de l'enfant depuis sa conception. Elle discute avec les futurs parents et l'équipe médico-obstétricale du droit de l'enfant à une vie prénatale sans danger.

Le futur couple de parents traverse une crise de développement ; il est vulnérable et doit dès lors être protégé. L'accompagnement spécialisé des parents constitue la tâche essentielle de la profession de sage-femme. Les personnes clés en obstétrique sont les futurs parents et leur enfant à naître.

Une femme enceinte « bien informée » peut choisir elle-même en ce qui concerne l'induction ou non du travail, l'attitude adoptée pendant le travail, les analgésiques, la position adoptée pendant l'accouchement l'importance d'un « accouchement naturel » pour elle-même et l'importance d'une naissance douce pour l'enfant.

La grossesse est considérée comme une expérience de vie positive qui se termine par le processus actif de l'accouchement.

Le contact physique et affectif entre la mère et l'enfant est rétabli directement après l'accouchement, ce qui permet de maintenir le sentiment de solidarité d'avant la naissance. L'allaitement maternel est inhérent à un processus naturel de procréation; chaque enfant a droit à l'allaitement maternel.

En tant qu'accouchée, elle a confiance en son corps, elle prend soin d'elle-même. Elle se sent responsable des soins à apporter à son enfant ; elle peut « mater ». Elle ressent les besoins et les attentes de son enfant, elle est inconditionnellement disponible et à l'écoute de son enfant.

La confiance dans les processus naturels est trop souvent associée à la naïveté et est ressentie comme potentiellement dangereuse. Ce qui est caractéristique de la culture d'aliénation en obstétrique est le manque de confiance dans son propre corps. Pour la grossesse et la naissance, la technologie médicale intervient à la suite d'indications précises.

Lorsque la grossesse, l'accouchement ou les couches se déroulent de façon anormale, la sage-femme collabore avec le médecin afin de pouvoir dispenser des soins optimaux.

Il est nécessaire que les gynécologues et les sages-femmes soient disposés à s'écouter, afin de respecter leurs compétences respectives. Lorsque les deux parties sont disposées à donner la priorité à l'intérêt de la future mère et de son enfant, les conditions sont requises pour faire intervenir l'obstétrique du premier échelon et la sage-femme peut remplir son rôle de spécialiste et de gardienne de l'obstétrique physiologique.

L'authenticité, l'empathie et le respect inconditionnel dans la relation sont à la base de tous les actes et de toutes les paroles de la sage-femme, et ne constituent en rien des techniques. Chaque femme a un charisme et

des caractéristiques personnels qui influencent les relations interpersonnelles.

La personnalité de la sage-femme est donc importante. L'introspection est une façon d'explorer sa propre personnalité, un moyen d'intégrer la vision de la vie physiologique dans son être, dans son existence, dans ses relations. Les sentiments et la pensée sont à la base de chaque acte, donc également de l'acte obstétrical. Un écart entre les sentiments et la raison conduit à un acte obstétrical inadéquat.

Une sage-femme sûre d'elle, empathique, qui, après ses études, développe activement son professionnalisme en étudiant la littérature spécialisée pertinente et en suivant des recyclages deviendra une accoucheuse compétente et sage, une « sage-femme ». Elle évolue positivement du point de vue professionnel et relationnel. Avec elle, les futurs parents sont « en de bonnes mains ».

5. DISPOSITIONS LEGALES REGLEMENTANT LA FORMATION ET LA PROFESSION DE LA SAGE- FEMME

Les principaux textes de loi et directives importants pour la pratique professionnelle et la formation de la sage-femme sont inventoriés ci-dessous. Les textes actuellement en vigueur sont indiqués en **gras**.

5.1. Directives européennes

DIRECTIVE 80/154/CEE du Conseil des Communautés européennes du 21 Janvier 1980, concernant la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres de sage-femme.

DIRECTIVE 80/155/CEE du Conseil des Communautés européennes 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. Publication de la commission européenne, L33/8-L33/10, 11 février 1980.

5.2. Législation belge relative à l'exercice de la profession

LOI du 12 mars 1818 réglant tout ce qui relatif à l'exercice des différentes branches de l'art de guérir.

ARRETE ROYAL du 16 octobre 1962 relatif à l'exercice de la profession d'accoucheuse, Moniteur belge du 1 janvier 1963.

ARRETE ROYAL n°. 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, Moniteur belge 14 novembre 1967, err. Mon. du 12-6-1968.

ARRETE ROYAL du 15 août 1987 fixant les normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, Moniteur belge du 25 août 1987.

ARRETE ROYAL du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, Moniteur belge du 27 juillet 1990.

ARRET n°. 44144 du Conseil d'Etat du 21 septembre 1993.

ARRETE ROYAL du 1 février 1991 relatif à l'exercice de la profession d'accoucheuse, Moniteur belge 6 avril 1991.

ARRETE ROYAL du 10 août 2001 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, Moniteur belge du 1er septembre 2001.

5.3. Législation belge relative à la formation

ARRETE ROYAL du 30 décembre 1884 réglant l'aménagement et l'organisation de l'enseignement pour accoucheuses et des écoles d'accoucheuses.

ARRETE ROYAL du 15 février 1908 portant la durée du stage dans une école d'enseignement pour sages-femmes liées à une maternité à deux ans.

ARRETE ROYAL du 06 septembre 1924 instituant un titre d'accoucheuse pour les accoucheuses agréées du Gouvernement ou d'accoucheuse engagée.

ARRETE ROYAL du 30 mai 1933 fixant les conditions d'admission aux études d'infirmière accoucheuse.

ARRETE ROYAL du 13 juillet 1951 instituant à nouveau les études. L'internat reste obligatoire et la durée des études est portée à trois ans, dont deux années communes avec les études d'infirmière.

ARRETE ROYAL du 23 février 1953 modifiant l'arrêté Royal du 13 juillet 1951 relatif à l'obtention du diplôme d'accoucheuse et réglant les études et les examens qui y conduisent et

L'ARRÊTÉ ROYAL du 06.12.1954 modifiant l'arrêté du Régent du 11 juillet 1945 réorganisant les études et les examens d'infirmiers et d'infirmières et créant le diplôme d'accoucheuse hygiéniste sociale.

ARRETE ROYAL du 17 août 1957 portant fixation des conditions de collation des diplômes d'accoucheuse, d'infirmier ou d'infirmière.

DECRET RELATIF AUX HAUTES ECOLES DE LA COMMUNAUTE FLAMANDE du 13 juillet 1994, Moniteur belge du 31 août 1994, stipulant que la formation est organisée dans le cadre du domaine de recherche en matière de soins de santé. Il s'agit d'une formation en un cycle, sanctionnée après 3 ans d'enseignement de plein exercice, par le diplôme d'accoucheuse.

ARRETE DU GOUVERNEMENT DE LA COMMUNAUTE FRANCAISE RELATIF AUX CONDITIONS DE COLLATION DES DIPLOMES D'ACCOUCHEUSES ET D'INFIRMIERS GRADUES du 21 avril 1994, Moniteur belge du 12 juillet 1994

et

ARRETE DU GOUVERNEMENT DE LA COMMUNAUTE FRANCAISE RELATIF A L'ORGANISATION GENERALE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR DANS LES HAUTES ECOLES du 5 août 1995, Moniteur belge du 12 juillet 1995
Portant la formation d'accoucheuse au sein de la Communauté française à 4 ans, avec une base commune avec le graduat en art infirmier. Le diplôme mentionne le titre de sage-femme.

En Belgique, il découle de la communautarisation de l'enseignement que la formation soit différente dans les deux communautés.

5.4. Cadre institutionnel

En Belgique, l'hôpital occupe une place centrale dans la prestation de soins de santé et donc également des soins périnataux. A l'hôpital, les sages-femmes travaillent principalement sous contrat de travail. =

Le cadre légal spécifique aux hôpitaux est déterminé par la Loi sur les Hôpitaux, coordonné par Arrêté royal du 7 août 1987, Moniteur belge du 07 octobre 1987.

Initialement, la réglementation légale de ce cadre institutionnel -l'hôpital- avait été fixé par la loi du 23 décembre 1963, la loi sur les hôpitaux.

De fréquentes modifications ont donné lieu au texte de loi coordonné dans l'arrêté royal du 07 août 1987, auquel sont joints la loi du 13 mars 1985 (Définition du concept « hôpital ») et l'arrêté royal n°. 407 du 18 avril 1986. L'arrêté royal du 15 août 1987 fixe les normes auxquelles les hôpitaux/les services hospitaliers doivent répondre. Pour les sages-femmes, les normes importantes sont celles relatives au service M. Des compléments à celles-ci, relatifs aux sections N*, NIC et MIC, ont été intégrés dans l'arrêté royal du 20 août 1996, Moniteur belge du 01 octobre 1996.

Pour ce qui est du financement des frais de fonctionnement de l'hôpital et des honoraires du personnel médical et paramédical, des accords sont conclus entre, d'une part, les mutuelles et d'autre part, les groupements d'intérêt (patients et professions), avec pour objectif, de parvenir à un

accord relatif à l'intervention pour la prestation de soins et à la rémunération des prestations effectuées.

La loi sur l'assurance maladie-invalidité date de 1944 et prévoit depuis 1945 une intervention dans les frais liés à une admission à l'hôpital pour un accouchement. Une loi amendée sur l'assurance maladie-invalidité a été promulguée en 1963.

Une commission des conventions, où siègent principalement des sages-femmes, ainsi que des représentants des mutuelles, négocie les honoraires relatifs aux prestations des sages-femmes. C'est dans ce cadre que les rémunérations afférentes aux prestations des sages-femmes sont négociées et conventionnées.

6. FONCTIONS ET QUALIFICATIONS DE LA SAGE-FEMME

6.1. Fonctions de base de la sage-femme

Les fonctions de base de la sage-femme sont une interprétation de la définition de la sage-femme et de la définition figurant dans l'AR du 01.02.1991. Les 6 fonctions de base, qui sont complémentaires, déterminent en grande partie l'orientation de la profession tant intra-muros qu'extra-muros.

FONCTION 1

La sage-femme accompagne et surveille, de façon globale et autonome, les femmes en bonne santé et les nouveau-nés à partir de leur conception, pendant et après la naissance et stimule l'intégration de la famille

- Elle accompagne la femme, sa famille et son entourage d'une façon individualisée ;
- Elle évalue chaque situation de façon autonome : elle surveille la grossesse normale, l'accouchement normal et les couches normales et conduit l'accouchement de façon indépendante ;
- Elle protège la vie du fœtus et du nouveau-né ;
- Elle soutient l'évolution physiologique de la grossesse, de la naissance et des couches ;
- Elle établit un diagnostic sur la base de sa connaissance professionnelle, sa compétence sensorielle, sa capacité analytique et son expérience, elle tient compte des exigences médico-techniques, elle anticipe et réagit de manière adéquate ;
- Lorsqu'elle prend une décision, elle accorde la priorité :
 - o à la santé de la mère et de l'enfant
 - o au contexte socioculturel de la mère et de la famille
 - o aux données relatives à l'endroit où aura lieu l'accouchement en respectant la personnalité, l'autonomie et la liberté de choix de la femme ;
- Elle agit dans le cadre de ses compétences et fait correspondre ses interventions aux besoins individuels des parents, de l'enfant et de la situation obstétricale ;

- Elle accompagne les parents et la famille à la section maternité, compte tenu de l'environnement modifié, et stimule la relation entre mère, enfant et père ;
- Elle répond aux attentes et aux besoins naturels du nouveau-né ;
- Elle reste attentive à toute complication et renvoie en temps utile.

FONCTION 2

Dans les domaines médico-obstétrical et médico-néonatal, la sage-femme accompagne la femme et l'enfant dans des situations à risque accru, en collaboration avec et en référant à des gynécologues, des néonatalogues et à d'autres spécialistes. Dans le domaine de la médecine de la reproduction elle exécute les actes médicaux qui lui sont confiés et s'implique activement dans le suivi prénatal et postnatal de la mère et de l'enfant.

- Elle distingue en temps utile les anomalies et reconnaît la pathologie ;
- Elle fait appel aux médecins concernés et les informe de la gravité de la situation ;
- Elle prend les mesures d'urgence nécessaires jusqu'à l'arrivée du médecin ;
- Elle prend activement part aux décisions médicales et se charge des tâches qui lui sont déléguées dans les limites de ses compétences ;
- Elle est compétente et qualifiée en matière de planification et de dispensation de soins périnataux à haut risque, tant pour la mère que pour le nouveau-né ;
- Elle est la personne de liaison pour la femme et la famille, détermine les priorités et délègue les tâches ;
- Elle travaille au sein d'une équipe multidisciplinaire composée d'infirmiers et d'autres travailleurs de la santé.

FONCTION 3

La sage-femme situe la femme dans son contexte familial et social. Elle reconnaît les situations de crise psychosociale. Elle accompagne les couples ayant des problèmes de fertilité au cours du traitement médical.

- Elle crée les conditions aidant la femme et sa famille à accepter et à vivre la nouvelle situation ;
- Elle reconnaît les particularités socioculturelles de la femme et de sa famille, les respecte et essaie de répondre à leurs besoins ;
- Elle crée un climat de confiance, même dans des situations difficiles et est à la disposition de la femme et de sa famille pour donner des conseils ;
- Elle se concerte, si nécessaire, avec une équipe multidisciplinaire ;
- Elle respecte et soutient la femme dans sa prise de décisions.

FONCTION 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.

- Elle informe les jeunes en matière de fécondité, de sexualité et sur le plan relationnel ;
- Elle informe et conseille les parents sur le déroulement de la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, ainsi que sur le développement du nouveau-né ;
- Elle aide à la préparation de la naissance, donne des conseils relatifs à l'alimentation, la rééducation pelvipérinéale et la position corporelle et donne des informations relatives aux principes de base en matière de santé ;
- Elle informe et conseille la femme/le couple en matière de planning familial, de sexualité et de situations/problèmes gynécologiques courants ;
- Elle informe et conseille la femme sur la façon de se maintenir en bonne santé et d'améliorer sa santé ;
- Elle donne des informations relatives au droit du travail, à la législation sociale et aux équipements sociaux ;
- Elle propose des mesures préventives contre les affections éventuelles de la mère et du nouveau-né ;
- Elle conseille les femmes et les couples et répond à leurs questions relatives au counseling en génétique et au diagnostic prénatal, et

elle les accompagne et les soutient lorsqu'ils doivent prendre des décisions individuelles ;

- Elle informe les couples ayant des problèmes de fertilité sur les possibilités et les alternatives dans le domaine de la médecine de la reproduction, sur les plans médical, psychosocial et éthique.

FONCTION 5

La sage-femme est responsable de l'organisation de son travail et de son domaine de travail. Elle collabore à l'ensemble de la structure en tant que membre actif

- Elle se tient aux normes juridiques et éthiques et aux règles relatives à l'exercice de sa profession ;
- Elle planifie et coordonne son propre travail en tenant compte de la structure où elle fonctionne ;
- Elle remplit ces tâches selon des principes économiques et écologiques ;
- Elle dispose de la connaissance de base pour pouvoir assurer des tâches de gestion et de politique ;
- Elle collabore avec les instances officielles et non officielles et avec les personnes actives au sein des différents établissements concernés par les problèmes de santé, sociaux et éducatifs ;
- Elle connaît les structures organisationnelles, ses missions et compétences en matière de soins périnataux à haut risque.

FONCTION 6

La sage-femme participe activement à l'assurance et à la promotion de la qualité des soins et contribue à son développement.

- Elle est informée des normes de qualité et travaille selon ces critères.
- Elle utilise sa connaissance, son expérience clinique pour reconnaître des situations concrètes.
- Elle motive les actions qu'elle entreprend et évalue les résultats obtenus.
- Elle examine et évalue l'efficacité de ses actes et de son attitude.
- Elle définit sa propre identité professionnelle et reconnaît la nécessité de recyclages.
- Elle reconnaît les intérêts de sa profession et s'informe sur le développement de la vision professionnelle.
- Elle connaît les structures du système de soins de santé.
- Elle dispose de la connaissance de base en matière de méthodologie de recherche.
- Elle s'intéresse à la recherche scientifique dans son domaine professionnel et soutient ces activités dans les limites des possibilités de l'établissement.

*à interpréter comme : tentative d'analyse rapide, basée sur une connaissance précise, des intuitions et des idées personnelles, qui lui permettent d'anticiper l'évolution de la situation.

6.2. Activités complémentaires de la sage-femme

Accompagnement des étudiantes en obstétrique

Une collaboration étroite entre les formations proposées dans les hautes écoles et la profession est une nécessité évidente. Le décret relatif aux hautes écoles (Communauté flamande 1994, communauté française 1995) formalise cette collaboration en représentant les praticiens professionnels dans les organes de concertation et de décision.

On fait autant appel aux sages-femmes travaillant en hôpital qu'aux sages-femmes indépendantes pour qu'elles prennent des stagiaires et

qu'elles accompagnent et guident l'étudiante au cours de sa période d'apprentissage pratique.

Les sages-femmes chargées de cours (pratiques) attachées aux hautes écoles ont une mission éducative. En collaboration avec une équipe multidisciplinaire, elles préparent les étudiantes à fonctionner en tant que sage-femme dans les soins de santé.

Accompagnement des jeunes collègues

L'accompagnement des jeunes collègues est une question prioritaire pour chaque sage-femme. Les sages-femmes qui viennent d'être diplômées ont une compétence de base mais manquent d'expérience. Être réceptif aux idées récentes et au fondement scientifique apportés par les jeunes collègues et partager l'expérience professionnelle permettent de perfectionner les connaissances de chaque sage-femme. L'attitude de compagnonnage enrichit ses compétences professionnelles.

Recherche scientifique appliquée

Au cours des dernières années, on a consacré beaucoup d'attention aux « soins obstétricaux étayés scientifiquement ». S'il semble normal que les actes effectués par la sage-femme soient fondés sur le plan scientifique, ce n'est pourtant pas toujours le cas. En pratique, on observe que les actes sont davantage basés sur l'expérience que sur la science. De même, les rituels et les mythes constituent des obstacles importants à l'exercice effectif et efficient de l'obstétrique.

Dans une certaine mesure, une routine est nécessaire si l'on veut administrer des soins de bonne qualité, mais les routines ou conventions suivies doivent être « evidence-based » ou, à tout le moins, faire l'objet d'une interrogation critique quant à leur contribution à l'efficacité et l'efficacité des soins.

Administrer des « soins étayés scientifiquement » est un devoir éthique pour chaque sage-femme. Pour ce faire, elles doivent, entre autres, intégrer les meilleures données scientifiques disponibles. Il convient également de comparer entre elles toutes les données « evidence-based » afin de décider ce qui semble le plus indiqué dans une situation

déterminée. A cet égard, on utilise également le terme « best available evidence »

Afin de dispenser des « soins obstétricaux étayés scientifiquement », il faut être capable de gérer les nombreuses informations telles qu'elles se manifestent actuellement. Dans sa recherche de sources d'informations appropriées, la sage-femme doit toujours veiller à récolter des preuves de haute qualité, c'est-à-dire principalement les études contrôlées randomisées et les méta-analyses.

Les bases de l'apprentissage d'une utilisation critique de la littérature scientifique doivent être posées au cours de la formation obstétricale. On apprend à rechercher, sélectionner et lire d'une manière critique les articles les plus pertinents. Ce n'est toutefois pas simple dans la pratique, vu le nombre toujours croissant de publications.

A cet égard, les sages-femmes en chef, les chefs de service et les chargés de cours ont une grande responsabilité. Par ailleurs, les chargés de cours « pratiques » en obstétrique doivent offrir des programmes « evidence-based » et susciter une habitude de réflexion critique.

Il est clair que la réalisation de ces objectifs nécessite l'étude de sujets obstétricaux pertinents sous la forme de projets de recherche et de « theorybuilding ». A cet égard, les sages-femmes titulaires d'un diplôme universitaire ont un rôle important à jouer. De par leur formation, et vu qu'elles occupent souvent des fonctions de management en tant que chef de service ou sage-femme en chef ou encore dans l'enseignement supérieur, elles sont bien placées pour exécuter ces missions. En outre, les organisations scientifiques apporteront une contribution importante pour la transposition des informations dans les directives et pour la « scientisation » de l'obstétrique.

Dans la recherche de l'étayage scientifique, les sages-femmes doivent aussi éviter de se cantonner dans des méthodologies de recherche quantitative. Une étude quantitative a pour objectif de décrire la réalité, alors qu'une étude qualitative a pour objectif de vérifier comment la réalité est vécue. Comme on l'a déjà démontré, l'étude qualitative a une

grande valeur en sociologie, en anthropologie, en éducation à la santé, en art infirmier et en obstétrique. Cet intérêt va de paire avec la valeur que nos clientes accordent à la manière dont elles vivent l'expérience de certains phénomènes. Une étude qualitative sur le sens et sur l'attribution de sens peut apporter un soutien pour l'organisation des activités en matière de soins personnels, de la compréhension de la cliente et la prise de décisions. Les priorités en matière de soins de santé ne peuvent être définies correctement que si l'on sait quelle place ils occupent pour les intéressés et quel sens ceux-ci y confèrent.

Chaque sage-femme doit prendre conscience que les recherches quantitatives et qualitatives se complètent et qu'elles peuvent concourir toutes deux à une pratique davantage fondées sur le plan scientifique.

En outre, chaque sage-femme a le devoir d'apporter sa collaboration à des projets de recherche et à l'enregistrement des données dont l'objectif est d'optimiser la pratique des soins périnataux.

7. CONTEXTE PROFESSIONNEL DE LA SAGE-FEMME

7.1. Situation générale

La sage-femme travaille dans le domaine de la fertilité et des soins périnataux. Ses principales activités sont l'accompagnement prénatal de femmes enceintes, la conduite de l'accouchement et l'accompagnement postnatal. Dans le cadre des soins du premier échelon, la sage-femme se situe au niveau des consultations pré- et postnatales, des accouchements à domicile ou à l'hôpital ou dans des maternités. La sage-femme à l'hôpital travaille surtout sur les centres de consultations périnatales, la salle d'accouchement, la maternité, la section néonatale et gynécologique et les centres de médecine reproductive.

Au cours des dernières décennies, les idées en matière de fertilité et de conception ont fortement évolué et des progrès importants ont été réalisés dans le domaine de la physiologie et de la pathologie de la grossesse et de la parturition. Un important réseau obstétrical assure l'accompagnement des parents confrontés à des problèmes de fertilité et encourage le contrôle des grossesses, la guidance pendant

l'accouchement et les soins à la mère et à l'enfant au cours du post-partum.

Les développements techniques et scientifiques permettent désormais de visualiser le fœtus, d'établir des diagnostics prénatals et de traiter le fœtus dans certain cas. Pendant l'accouchement, le fœtus et les contractions peuvent être surveillés électroniquement en permanence. Le traitement de la douleur est devenu une pratique courante. Cette évolution fait qu'en général, la femme choisit d'accoucher à l'hôpital. Ces dernières années, dans le cadre d'un financement optimal des soins de santé, les pouvoirs publics ont pris des mesures visant à réduire le nombre de journées d'hospitalisation. En conséquence, une partie des soins postnatals est organisée en dehors de l'hôpital et est réalisée par la sage-femme.

7.2. Terrain d'activité réparti en fonction du type d'organisation, de l'environnement et des conditions de travail. La sage-femme peut travailler dans, entre autres :

- Hôpitaux
- Centres polycliniques
- Organisations privées et publiques telles que l'ONE, des centres d'éducation sexuelle et de planning familial, des centres d'accompagnement d'étudiantes, des maternités, des centres de naissance
- Pratiques indépendantes
- Enseignement: enseignement secondaire, hautes écoles / universités

Intra-muros:

- Consultations: diagnostic prénatal et imagerie médicale, obstétrique, fertilité, diagnostic génétique, préparation à la parentalité
- Hospitalisation: pré-, péri- et postnatale: normale, obstétrique à risque normal à faible risque et à haut risque, fertilité
- Hospitalisation de jour: normale, obstétrique normal, à faible risque et à haut Risque, fertilité
- Quartier d'accouchement: normal , obstétrique à risque normal, à faible risque et à haut risque

- Quartier opératoire: obstétrique, fertilité
- Services néonataux : nouveau-nés à faible risque et à haut risque (services N*- et NIC-)
- Centra voor Leerlingenbegeleiding (Centres d'accompagnement des élèves)
- Rééducation post-partum physique générale et périnéale
- Fonction de ligne ou de staff dans un établissement ou une organisation

Extra-muros :

- Préparation à la parentalité
- Planning familial
- Consultations dans un espace de consultations qui leur est propre
- Consultations prénatales à domicile
- Accouchement à domicile
- Visite à domicile
- Rééducation post-partum physique générale et périnéale

Hautes écoles/universités

- Doctorante, licenciée, enseignante, chargée de cours pour l'enseignement théorique et clinique
- Recherche scientifique appliquée
- Services sociaux

8. PARTICIPATION DE LA SAGE-FEMME AUX STRUCTURES NATIONALES STRUCTURES ET INTERNATIONALES

8.1. National

ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Les sages-femmes se sont organisées en organisations professionnelles, tant en Communauté flamande et en Communauté française.

Au sein de la Communauté flamande, il existe deux organisations : l'une neutre avec une vision pluraliste ; l'autre avec des infirmières catholiques.

- Vlaamse Organisatie van Vroedvrouwen - **VLOV**
- Nationaal Verbond van Katholieke Verpleegkundigen en Vroedvrouwen - **NVKVV**

Au sein de la Communauté française, il existe deux organisations autonomes, l'une avec une vision pluraliste, l'autre avec une idéologie catholique.

- Union Professionnelle des Accoucheuses Belges - **UPAB**
- Association Francophone des Accoucheuses Catholiques - **AFAC**

CONSEIL NATIONAL DES ACCOUCHEUSES.

Au sein du Conseil national des accoucheuses, institué le 26 novembre 1999, les sages-femmes sont représentées par les quatre organisations professionnelles de sages-femmes. Le Conseil national a surtout une compétence consultative envers le ministre de la Protection de la Consommation, de la Santé publique et de l'Environnement, pour les problèmes relevant de l'obstétrique.

CENTRE D'ETUDES D'EPIDEMIOLOGIE PERINATALE - CEP

En collaboration avec la « Vlaamse Organisatie voor Obstetrie en Gynaecologie » (VVOG) , les sages-femmes sont associées à l'enregistrement obstétrical en Flandre et siègent à la commission scientifique du centre d'études.

COMITE DE CONCERTATION DES SAGES-FEMMES BELGES - CCSF

Le CCSF a été institué dans le but d'associer les organisations de sages-femmes issues des différentes Communautés et convictions philosophiques et de représenter les sages-femmes aux niveaux national et international.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE ET INVALIDITE - INAMI

Une commission, où siègent principalement des sages-femmes, avec des représentants des mutuelles, négocie et conventionne les honoraires pour les prestations des sages-femmes.

8.2. International

L'AFAC, la VLOV en l'UPAB sont liées à deux organisations internationales.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES - ICM

La représentation des sages-femmes belges au sein de l'ICM résulte de l'implication des sages-femmes, où qu'elles se trouvent, dans leur mission qui consiste à améliorer le résultat périnatal pour les femmes, leur nouveau-né et leur famille. L'ICM soutient la vision selon laquelle les sages-femmes et les femmes partagent leurs problèmes communs et collaborent afin de renforcer tant les sages-femmes que les femmes, pour qu'elles se fassent respecter en tant que personnes et membres productifs de la société.

EUROPEAN MIDWIVES ASSOCIATION - EMA

L'EMA regroupe les associations de sages-femmes de tous les Etats membres de l'Union européenne. L'objectif de cette association est d'offrir les meilleurs soins obstétricaux pour toutes les femmes en Europe et de promouvoir le rôle central de la sage-femme. Pour atteindre cet objectif, on tente d'harmoniser la formation de sage-femme dans tous les pays de l'Union européenne et d'égaliser l'exercice professionnel. Avec l'ICM, l'EMA représente l'accoucheuse auprès des instances internationales et définit le domaine de l'accoucheuse comme : la santé de la femme en général et sa santé liée à la procréation en particulier

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE - OMS

Le rattachement aux deux organisations internationales associe les sages-femmes belges à la politique de l'Organisation mondiale de la santé dans le domaine des soins mère-enfant, dans une perspective universelle. Il existe une interaction et une coopération actives entre l'ICM et l'OMS.

9. ADRESSES UTILES

AFAC

Association Francophone des Accoucheuses Catholiques
Rue Lemer cier 78
B-5000 Namur
Tél.: + 32 081/73 08 10

EMA

European Midwife Association
Rembrandtlaan 44
P.O. Box 18
NL-3720 AA Bilthoven
Nederland
Tél.:+ 31 30/229 42 99
E-mail: info@knov.nl

MINISTERE FEDERAL DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENT

Cité administrative de l'Etat – quartier Vésale
Avenue Pachéco 19 – Boîte 5
B-1010 Bruxelles
Tél. 02/210 45 11
Website: <http://www.fgov.be>

ICM

International Confederation of Midwives
Eisenhowerlaan 138
NL-2517 KN Den Haag
Nederland
Tél.: + 31-70-30 60 520
Fax : +31-70-35 55 651
E-mail: intlmidwives@compuserve.com
Website: <http://www.internationalmidwives.org>

KIND EN GEZIN

Hallepoortlaan 27
B-1060 Brussel
Tél.: + 32 02/533 12 11
E-mail: communicatie@kindengezin.be
Website: <http://www.kindengezin.be>

MINISTERE DE LA COMMUNAUTE FLAMANDE Département de l' Enseignement

Bâtiment Hendrik Conscience
Boulevard Roi Albert II, 15
B-1210 Bruxelles
Tél.: +31-02/553 86 11
E-mail: sg.onderwijs@ond.vlaanderen.be
Website: <http://www.ond.vlaanderen.be>

Departement Welzijn

Markiesgebouw

Markiesstraat 1

B-1000 Brussel

Tél.: + 32 02/553 31 10

Fax: + 32 02/553 31 40

E-mail: info@wvc.vlaanderen.be

Website: <http://www.wvc.vlaanderen.be>

COMMUNAUTE FRANCAISE

Ministère de l'Education, de la Formation

et de la Recherche Scientifique

Direction générale de l'enseignement supérieur

Première Direction – Enseignement supérieur non

Universitaire

Cité Administrative de l'Etat

Quartier Arcades – bloc D – 6ème étage

1010 BRUXELLES

Tél: + 32 02/210.55.57

NVKVV

Nationaal Verbond van Katholieke Verpleegkundigen en Vroedvrouwen

Vergote Square 43

B-1030 Brussel

Tél.+ 32 02/732 10 50

E-mail: administratie@nvkvv.be

Website: <http://www.nvkvv.be>

INAMI

Institut National d'Assurances Maladies et Invalidités

Avenue de Tervuren, 211

B-1150 Bruxelles

Tél.:+ 32 02/739 78 32

Website: <http://www.riziv.be>

SPE

Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie

Hallepoortlaan 27

B-1060 Brussel

Tél.: + 32 02/533 12 10

UPAB

Union Professionnelle des Accoucheuses Belges

Rue de Baume 203

B-7100 Haine-Saint-Paul

Tél.: + 32 064/22 36 83

E-mail: contact@sage-femme.be

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

VLOV

Vlaamse Organisatie van Vroedvrouwen

Sint Jacobsmarkt 84

B-2000 Antwerpen

Tél.: + 32 03/218 89 67
E-mail: info@vlov.be
Website: <http://www.vlov.be>

WHO

World Health Organisation
Avenue Appia 20
CH-1211 Geneva 27
Switzerland
Tél.: + 41 22/791 21 11
E-mail: info@who.int
Website: <http://www.who.int>

HAUTES ECOLES DISPENSANT UNE FORMATION D'ACCOUCHEUSE

Communauté française

Haute Ecole Francesco Ferrer

Place A. Van Gehuchten 4
B-1020 Bruxelles
Tél.: + 32 02/474.56.00
E-mail: heff.anspach@brunette.brucity.be

Haute Ecole Léonard de Vinci

Clos Chapelle-aux-Champs 41
B-1200 Bruxelles
Tél.: + 32 02/764.39.60
E-mail: dir.isei.vinci.bxl@sup.cffwb.be

Haute Ecole Ilya Prigogine

Route de Lennik 808
B-1070 Bruxelles
Tél.: + 32 02/555.35.47

Haute Ecole Charleroi-Europe

Rue de l'Hôpital 27
B-6060 Gilly
Tél.: + 32 071/42.33.33
E-mail: iesca.st-joseph@brutele.be

Haute Ecole André Vésale

Quai du Barbou 2
B-4020 Liège
Tél.: + 32 04/344.78.12
E-mail: ddebauque@pro-liege.be

Haute Ecole Hemes

Rue Saint Gilles 199
B-4000 Liège
Tél.: + 32 04/223.30.77
E-mail: secr.direction@steju.hemes.be

Haute Ecole Provinciale de Mons-Borinage

Boulevard Kennedy 2a
B-7000 Mons
Tél.: + 32 065/39.47.20

Haute Ecole de la Province de Namur

Chaussée de Charleroi 85
B-5000 Namur
Tél.: + 32 081/73.53.69
E-mail: graduat.paramedical@province.namur.be
Website: <http://www.multimania.com/hauteecole>

Haute Ecole Namuroise Catholique - HENAC

Place Louise Godin 15
B-5000 Namur
Tél.: + 32 081/73.52.19
E-mail: henac.paramed@freeworld.be

Communauté flamande

Arteveldehogeschool

Campus Brusselsenpoort Vroedkunde
Brusselsepoortstraat 93
B-9000 Gent
Tél.: + 32 09 265 98 30
E-mail: info@artevelddehs.be
Website: <http://www.artevelddehs.be>

Erasmushogeschool Brussel

Gezondheidszorg Vroedkunde
Laarbeeklaan 121
B-1090 Brussel
Tél.: + 32 02 479 18 90
E-mail: info@ehb.be
Website: <http://www.ehb.be>

Hogeschool Antwerpen

Campus Merksem H.I.V.A.
Jaak Deboeckstraat 10
B-2170 Merksem
Tél.: + 32 03/641 82 41
E-mail: centraal@ha.be
Website: <http://www.ha.be>

Karel De Grote Hogeschool

Gezondheidszorg Vroedkunde
Van Schoonbekestraat 143
B-2018 Antwerpen
Tél.: + 32 03/237 77 67
E-mail: info@kdg.be
Website: <http://www.kdg.be>

Provinciale Hogeschool Limburg

Gezondheidszorg Vroedkunde
Stadsomvaart 94
B-3500 Hasselt
Tél.: + 32 011/26 05 20
E-mail: info@phlimburg.be
Website: <http://www.phlimburg.be>

Katholieke Hogeschool Brugge-Oostende

Campus Sint Michiel
Spoorwegstraat 12
B-8200 Brugge
Tél.: + 32 050/40 51 20
E-mail: info@khbo.be
Website: <http://www.khbo.be>

Katholieke Hogeschool Kempen Lier

Campus Sint Aloysius Vroedkunde
Kolveniersvest 24
B-2500 Lier
Tél.: + 32 03/480 29 10
E-mail: info@khk.be
Website: <http://www.khk.be>

Katholieke Hogeschool Kempen Turnhout

HIVSET Vroedkunde
Herentalsstraat 70
B-2300 Turnhout
Tél.: + 32 014/41 27 47
E-mail: info@khk.be
Website: <http://www.khk.be>

Katholieke Hogeschool Leuven

Gezondheidszorg Vroedkunde
Kapucijnenvoer 39
B-3000 Leuven
Tél.: + 32 016/23 83 11
E-mail: administratie@khleuven.be
Website: <http://www.khleuven.be>

Katholieke Hogeschool Limburg

Gezondheidszorg Vroedkunde
Campus Vizo
Gouverneur Verwilghensingel 40
B-3500 Hasselt

A partir de l'année académique 2003-2004
Oude Luikerbaan 79

B- 3500 Hasselt
Tél.: + 32 011/28 82 60
E-mail: informatie@ad.khlim.be
Website: <http://www.khlim.be>

Katholieke Hogeschool Sint Lieven
Campus Hoger Instituut Maria Middelaes
Hospitaalstraat 23
9100 Sint Niklaas
Tél.: + 32 03/776 43 48
E-mail: kahodin@kahosl.be
Website: <http://www.kahosl.be>

Katholieke Hogeschool Zuid West-Vlaanderen
Campus Maria Middelaes Vroedkunde
Doorniksesteenweg 145
B-8500 Kortrijk
Tél.: + 32 056/26 41 10
E-mail: katho@unicall.be
Website: <http://www.katho.be>

REFERENCES ET BIBLIOGRAPHIE

ACHTERHUIS, H., Verloskundige zorg en cultuur. Lezing gehouden tijdens het symposium "De vroedvrouw, spil van de verloskunde", Utrecht 28 januari 1991.

BOND VAN GROTE EN JONGE GEZINNEN, Studiecommissie "Gezin en Welzijn". Standpunt inzake "Zwangerschap en Bevalling". Beleidsadvies, 1990.

BRABANT, I., Une naissance heureuse. Montréal, Saint Martin, 2001, travail non publié.

BRAK, M., A., De vroedvrouw en medische indicaties. Lezing gehouden tijdens het symposium "De vroedvrouw, spil van de verloskunde", Utrecht 28 januari 1991.

BRYAR, R., Midwifery and models of care. Midwifery 1988, 4, 111-117.

CEHA, M., L., M., De invloed van de zorgverlener op de zwangere. Lezing gehouden tijdens het congres "Verloskunde in de niet-universitaire praktijk", Rotterdam 26-28 februari 1992.

CREBAS, A., Beroepsomschrijving Verloskundigen. Nederlandse Organisatie van Verloskundigen, 1991.

CREBAS, A., De professionele identiteit van de Nederlandse verloskundige specialist in de fysiologische verloskunde en het systeem van de verloskundige zorg (1940-1990). Tijdschrift voor Verloskundigen, 1990. 15de jaargang, nr. 5, p. 162-200.

ESTES, C., P., De ontembare vrouw als archetype in mythen en verhalen. , Bloemendaal, J.H. Gottmer / H.J.W. Becht BV, 1997,

DE GEEST S., DEFEVER M. et al, Op evidentie gebaseerde zorg. Tijdschrift voor geneeskunde, 54,17,1998,1212-1219

DEFOORT P., THIERY M., De vroedvrouwen. Hoofdstuk uit: Er is leven voor de dood. Tweehonderd jaar gezondheidszorg in Vlaanderen. Kapellen, Pelckmans, 1998

DE KOSTER, K., G.V.O. voor vroedvrouwen: concrete aanpak. Lezing gehouden tijdens de 18e week voor Verpleegkundigen en Vroedvrouwen, N.V.K.V.V. Oostende, 1992.

DEMEYER, C., Profielchets van de vroedvrouw 2000 - intra-muraal. Lezing gehouden tijdens de 16de week voor Verpleegkundigen en Vroedvrouwen, N.V.K.V.V. Oostende, 1990.

DEMULDER, A.M., De realiteit van de actuele beroepsuitoefening. Lezing gehouden tijdens de 16de week voor Verpleegkundigen en Vroedvrouwen, N.V.K.V.V. Oostende, 1990.

DEMYTTENAERE, K., Nieuwe voortplantingstechnologie: tremendum en fascinosum?, "Beschikken over lijf en leven", Cammar, De Vroey en Apostel, Acco 1989, p. 113-121.

DUPREZ, D., Patiëntenbeleid, Onuitgegeven syllabus, Universiteit Gent, 1999-2000.

Europees Handvest van de Verloskundige. Sage-Femme du Monde, Paris, 1992.

EVERS, G., Op evidentie gebaseerde zorg, Tijdschrift voor geneeskunde, 54,14, 1998, 1028-1035.

FEDERATION SUISSE DES SAGES-FEMMES, Fonctions, objectifs de formation et qualifications-clés. 1998. Document non publié.

GEERDENS, L., Editoriaal, VLOV-Tijdschrift voor vroedvrouwen, Jg 6, 2, 2000, 44-45.

GELIS, J., L'arbre et le fruit. La naissance dans l'Occident moderne XVI^e - XIX^e siècles. Paris, Fayart, 184.

GELIS, J., La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie. Paris, Fayart, 1988

GOORIS, F., De opleiding tot vroedvrouw. Lezing gehouden tijdens het symposium "Kan de vroedvrouw méér vroedvrouw zijn", W.V.V.V. Jette 14 februari 1992.

GOORIS, F., De rol en de positie van de vroedvrouwen in België en Nederland. Gezondheid en samenleving , 1985, 6, p. 278 - 285.

GOORIS, F., Eerstelijns verloskunde in België. Bijblijven, cumulatief geneeskundig nascholingsysteem 1994, 3, p. 34-40.

GOORIS, F., Van toen... tot nu... Lezing gehouden tijdens de 16de week voor Verpleegkundigen en Vroedvrouwen, N.V.K.V.V. Oostende, 1990.

GRYPDONCK, M., Methodologie van het verpleegkundig onderzoek, Onuitgegeven syllabus, Universiteit Gent, 1998-1999.

GRYPDONCK, M., Bijzondere vraagstukken in de verpleegkunde, syllabus non publié, Universiteit Gent, 1999-2000.

ICM, International Code of Ethics for Midwives, Midwifery , 1993 , 9 , p. 169-172, traduit en néerlandais par Nijs E.

ICM, Position Statement, 2000.

KENNELL, (J., et al. Continuous emotional support during labor in a US hospital. A randomized controlled trial. JAMA, 1991, vol. 265, no. 17, p. 2197-2201.

LAVILLIONNIERE, J., Naitre tout simplement. Témoignages et réflexions autour de la naissance. Paris, L'Harmattan, 2001.

LEIJSEN, M., Gids voor gesprekstherapie. Elsevier / De Tijdstroom, 1999.

LIPOVETSKY, G., L'ère du vide. Paris, Gallimard, 1983.

OLIVE, F., Les sages-femmes comme passeuses de vie et accoucheuses de relations. Paris, Enfanter - Frison- Roche, 1989.

Ontwerp van een monografie over het vroedvrouwenberoep. Samengesteld door een team Belgische vroedvrouwen, bron onbekend.

PEARCE, J., Midwifery on the margins. Nursing Times, 1987, february, p. 36-38.

REGROUPEMENT DES SAGES-FEMMES DU QUEBEC, La profession sage-femme au Québec. Dossier Côtes des Neiges. Montréal, 1999, document non publié.

RENAER, M., Het nieuw Koninklijk Besluit betreffende de uitoefening van het beroep van vroedvrouw. Lezing gehouden tijdens het symposium "Kan de vroedvrouw méér vroedvrouw zijn", W.V.V.V. Jette 14 februari 1992.

ROELOFSEN, E., KAMERBEEK, I., Vertrouwen op eigen deskundigheid en de gevolgen van wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen. Bilthoven, Catharina Schrader Stichting, 1996.

ROUTHIER, M.J., Que sont devenues les sages-femmes d'antan? Montréal, Saint Martin, 1987.

STROECKEN, G., Gezocht, pleitbezorgers voor het jonge kind. Leuven / Apeldoorn, Garant, 2000.

SIONCKE, G., Wetenschappelijke bronnen als basis voor de 'op evidentie gebaseerde zorg', VLOV-Tijdschrift voor vroedvrouwen, Jg 6,2,2000, 47-49.

UNION PROFESSIONNELLE DES ACCOUCHEUSES BELGES, La profession de sage-femme à l'aube de l'an 2000. Namur, 2000, document non publié.

VAN DE COEVERING - DE GRAAF, C., Het 'grijze gebied': tussen onzekerheid en vertrouwen. Bilthoven, Catharina Schrader stichting, 1996.

VANDENDRIESSCHE, (H.). Bedenkingen van een vroedvrouw. Infoblad nr. 3, N.V.K.V.V. april 1992.

VLAAMSE ONDERWIJSRAAD, Beroepsprofiel van de Vroedvrouw. 1998

WETENSCHAPPELIJKE VERENIGING VOOR VERPLEEGKUNDE EN VROEDKUNDE, KRING VROEDVROUWEN, Beroepsprofiel van de Vroedvrouw. 1996

VERDUYCK, J.C., Sage-femme, un art qui gagne à être connu. Union Professionnelle des sages-femmes, 1990, document non publié.

WALKER, J.. Meeting midwives midway. Nursing Times, 1985 octobre, p. 48-50.

Le présent profil professionnel a été réalisé sous la direction du **groupe de travail ad hoc « Profil professionnel » du Conseil national des accoucheuses.**

Geertrui Van Brempt, Président du Conseil national des accoucheuses,
Katelijne De Koster, accoucheuse, Academisch Ziekenhuis Jette,
Bénédicte de Thysebaert, accoucheuse libérale et enseignante, Haute Ecole Namuroise Catholique, Namur,
Lisette Geerdens, accoucheuse, Provinciale Hogeschool Limburg, Hasselt,
Francine Gooris, accoucheuse, Arteveldehogeschool, Gent,
Catherine Hubert, accoucheuse libérale et enseignante, Haute Ecole Léonard de Vinci, Bruxelles,
Paula Moons, accoucheuse, Katholieke Hogeschool Limburg, Hasselt,
Anne Niset, accoucheuse, Centre Hospitalier Bois de l'Abbaye et de Hesbaye, Seraing,
Joseph Borgions, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement.
Renée Carpiaux-Vassart, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement.