

MÉMORANDUM 2019
DE L'UNION PROFESSIONNELLE
DES SAGES-FEMMES BELGES ET DE L'AFSFC



« Accompagnée par une sage-femme
et une équipe multidisciplinaire bienveillante,
chaque femme, chaque famille pose des choix éclairés
pour une naissance et une parentalité respectées »

TOUR D'HORIZON :

La sage-femme est la **professionnelle de première ligne** qui en assurant une surveillance et un suivi médical, procure des soins individuels, personnalisés et de qualité à la mère et son enfant durant toute la période périnatale, du désir de grossesse au premier anniversaire de l'enfant.

La sage-femme, formée à **l'art de la maïeutique**¹, met tout en œuvre pour donner à la femme les moyens de se maintenir en santé, ainsi qu'à son enfant et sa famille. Elle dépiste les signes de pathologie et en réfère de manière appropriée à un médecin tout en poursuivant son suivi en collaboration avec ce dernier.

Depuis octobre 2018, les sages-femmes hospitalières ne sont plus assimilées aux infirmières et ne peuvent être employées que dans des domaines précis, tels que :

- La gynécologie, la fertilité, le suivi obstétrical, les consultations en périnatalité et préparation à la naissance et à la parentalité.
- L'obstétrique, en salle de naissance, MIC (Maternal Intensive Care pour les pathologies gravidiques).
- La néonatalogie (département néonatal à la maternité (N *), ou un NIC (Néonatal Intensive Care)
- Le suivi post-natal immédiat en maternité pour une durée de 72 à 96h.

1. Lancet, juin 2014: « Soins spécialisés, basés sur la connaissance, et attentionnés pour les femmes enceintes, les nouveau-nés et leurs familles pendant la période précédant et durant la grossesse, l'accouchement, les suites des couches et les premières semaines de vie. Cette pratique consiste essentiellement à optimiser les processus **physiologiques, biologiques, psychologiques, sociaux et culturels de la reproduction et de la petite enfance**, mais également à prévenir et à prendre en charge rapidement les complications, à consulter et orienter les femmes vers d'autres services, à respecter la situation et les points de vue individuels des femmes, et à travailler en partenariat avec elles pour renforcer leurs capacités à prendre soin d'elles-mêmes et de leurs familles ».

* L'Organisation internationale du travail (OIT) décrit les sages-femmes comme le **principal groupe de professionnels à exercer la maïeutique**

Actuellement, le comité de planification du SPF Santé publique clarifie la cartographie de la profession sage-femme (composition, âge ...). Un certain nombre d'hypothèses sont émises sur l'avenir ainsi que des projections sur le nombre de professionnels de la santé dans les 25 années à venir.

Il en ressort que la répartition de l'offre de la profession des sages-femmes en Belgique devrait pouvoir gagner en organisation pour assurer la qualité et la continuité des soins.

POINTS D'ATTENTION :

Conséquences et adaptations des séjours raccourcis en maternité :

La réforme de 2014 proposant de réduire les séjours hospitaliers a engendré une réorganisation de la prise en charge du post-partum. Ceci a eu pour conséquences l'augmentation de la charge de travail dû à une compression des tâches sur le temps d'hospitalisation, une réduction du personnel liée à une diminution du financement et une augmentation des prestations post-partum à domicile. En opérant ce changement, la sage-femme hospitalière perd la sécurité financière d'un contrat de salarié pour se lancer dans un statut plus précaire d'indépendante. Privée de son équipe, elle doit se rendre disponible 24h/24, 7 jours sur 7, et porte seule la responsabilité de ses suivis.

Malheureusement, les tarifs INAMI actuels ne permettent pas aux sages-femmes de vivre de leur profession en temps qu'indépendante complète. Afin de s'assurer un minimum de sécurité financière, elles sont nombreuses à exercer en tant qu'indépendante complémentaire, privilégiant un emploi aux revenus stables.

L'analyse des effets du raccourcissement du séjour en milieu hospitalier tend à démontrer :

Pour les femmes :

- Une grande disparité de prises en charge
- Un risque de vide de soins pour les nouveaux parents
- Un retour plus rapide à la gestion des tâches familiales
- Un risque d'isolement plus marqué
- Un déficit de détection des femmes vulnérables

Pour les sages-femmes hospitalières :

- Perte d'emploi
- Contrat non renouvelé
- Turn over plus important dû au type de contrat
- Charges de travail augmentées
- Perte de la prise en charge globale des dyades mères-bébés
- Gestion administrative croissante
- Qualité des soins mise en danger
- Augmentation du stress et du risque de burn out

Pour les sages-femmes indépendantes :

- Le risque de ne pouvoir assurer un suivi optimal et sécuritaire par manque de transmissions des données entre les différentes lignes de soins.
- ou dans des délais très courts.
- Codes de prestations limités et ne répondant pas à la réalité de prise en charge
- Précarisation financière
- Sollicitations tardives lors de situations critiques
- sans outils adéquats
- Absence de codes pour la coordination et l'organisation des rôles de garde.

Pour les autres professionnels :

- Problématique de la vision négative de la ré-hospitalisation
- Manque de collaboration (feed back déficitaire) par méconnaissance des compétences et de l'offre des soins sage-femme

Par conséquent l'UPSfB et l'AFSFC revendiquent :

- Une augmentation des montants liés aux prestations sage-femme au vu du degré d'autonomie et de responsabilité de sa profession médicale.

Le barème fixé par l'IFIC devrait être réévalué pour correspondre au profil professionnel de la sage-femme.

En effet, le modèle de l'IFIC situe les sages-femmes entre les classifications 14 et 15, or, cette classification renforce le stéréotype de « moins de responsabilités en post-partum qu'en salle de naissance ». Ce qui est tout à fait discriminatoire. Le niveau de classification 16 doit leur être appliqué.

- Une révision des conditions de travail et des normes d'encadrement permettant une prise en charge individualisée et globale des femmes par les sages-femmes exerçant en milieu hospitalier. (Trajets de soins)

Pour aller plus loin :

Nous défendons la place de la sage-femme au sein des structures hospitalières, en extrahospitalier en première ligne, mais également au sein de disciplines où son expertise n'est pas encore reconnue telle que le planning familial, vie affective et sexuelle et la promotion de la santé mentale en périnatalité.

Sensibiliser les femmes, les couples sur l'étendue de nos compétences de sage-femme est indispensable.

Faire reconnaître la valeur ajoutée de la sage-femme comme professionnelle de 1^{ère} ligne au sein du réseau santé périnatale et faciliter ses pratiques.

Mais pour ce faire, nous avons besoin de moyens financiers et d'actions politiques concrètes.

La pratique de l'accouchement

La sage-femme pratique l'accouchement eutocique de manière autonome en intrahospitalier (gîte intrahospitalier, avec une sage-femme indépendante dans le cadre d'une salle d'accouchement ouverte) ou en extrahospitalier (soit au domicile de la patiente, soit en maison de naissance).

Elle pratique également les accouchements en milieu hospitalier, au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Cette pratique passe inaperçue. Un accouchement réalisé par une sage-femme est quasi tout le temps contresigné et tarifé par un gynécologue. Ce qui fausse les statistiques de la pratique des sages-femmes à réaliser un accouchement.

Ces statistiques erronées nous ont d'ailleurs valu de ne pas être reprises dans le forfait d'accouchement à bas risques des soins à basse variabilité

Il serait nécessaire de valoriser financièrement l'accouchement physiologique, qu'il soit réalisé par un gynécologue ou une sage-femme et de le facturer au bon prestataire.

Il serait essentiel d'assurer la visibilité des actes réellement prestés par les sages-femmes par contrainte légale.

Le travail en réseau

La sage-femme exerce un rôle de coordination des soins autour de toute nouvelle famille, elle intervient en première ligne, du désir de grossesse au 1 an de l'enfant. Elle est donc le seul professionnel pouvant proposer une offre de soin continue durant toute cette période.

Elle occupe une place centrale dans le suivi en dispensant les soins de santé nécessaires à l'accompagnement des différentes phases de la périnatalité. Mais son travail sera optimisé par une collaboration étroite avec une équipe multidisciplinaire (gynécologues, pédiatres, médecins généralistes, mais également les diététiciens, travailleurs sociaux, psychologues et tout autre professionnel gravitant autour de la famille).

C'est en mettant la femme, son enfant à naître, le couple au centre du système, que la sage-femme va mettre en place un réseau multidisciplinaire permettant de répondre aux besoins de la famille. Et ce quel que soit le milieu socio-économique, la culture ou la religion de la famille suivie.

Les services nécessaires à un accompagnement de qualité sont déjà sur le terrain, il nous semblerait pertinent de les utiliser à bon escient en informant le grand public des différentes offres d'accompagnement.

Une campagne de communication sur le rôle de la sage-femme nous semble **incontournable!** Nous pensons également que des services comme l'ONE, les aides familiales et ménagères gagneraient à être connus du grand public. Il ne nous semble pas pertinent de créer de nouveaux professionnels de la santé avant d'avoir optimisé la collaboration avec ceux occupant déjà le terrain.

Une valorisation du temps de coordination des soins pour soutenir la concertation des différents intervenants concernés et développer les pratiques de réseau.

La formation des sages-femmes

L'enseignement doit correspondre au profil professionnel et aux pratiques de terrain.

Un glissement du cursus bachelier vers un master sage-femme semble pertinent au vu des nouvelles compétences que la sage-femme doit acquérir, tant pour maintenir la physiologie, basée sur les preuves scientifiques, que pour être au fait des dernières avancées en obstétrique.

Nos propositions

1 *Une commission de promotion de la bienveillance en gynécologie-obstétrique*

Une commission composée de professionnels de la santé exerçant dans les domaines de l'obstétrique, de la gynécologie et de la périnatalité et des représentants des usagers.

Elle aurait pour objectifs de :

- Dépister, quantifier, analyser ce phénomène et mieux comprendre les besoins des femmes en matière de naissance respectée
- Mettre en place des processus de préventions et d'interventions autour de la bienveillance obstétricale
- Mesurer l'impact positif au niveau de la satisfaction des couples.

2 *Mise en place d'actions politiques concrètes*

- **Politiser** la bienveillance dans les soins avec la formation des professionnels, la culture de l'empathie et la bienveillance
- **Promotion de la profession** des sages-femmes pour l'accompagnement physiologique des naissances
- **Management bienveillant** – Reconnaître le manque de moyens financiers et humains dans les maternités
- **Une femme/une sage-femme** en salle de naissance pour répondre au mieux aux besoins individualisés des femmes
- **Informé le grand public** des compétences de la sage-femme
- **Publication de la loi coordonnée** pour prétendre aux compétences attendues
- Reconnaître la **sage-femme** comme la **professionnelle de première ligne** et lui en donner les moyens
- **Renforcer les soins par la sage-femme en période prénatale** de manière autonome quand la grossesse est physiologique et en collaboration avec un gynécologue et /ou médecin traitant quand celle-ci est pathologique
- Valoriser l'**accompagnement global** par la sage-femme c'est-à-dire du prénatal à un an de l'enfant
- Soutenir le rôle de la **sage-femme coordinatrice** de tous les soins qui peuvent graviter autour de la femme
- Soutenir le **rôle de garde** des sages-femmes
- Soutenir le rôle de la sage-femme dans tous les **domaines de prévention** qui ont trait à la santé de la femme (fertilité, sexualité, planning familial,..)

D'un point de vue économique

- Réévaluer le **barème IFIC** au vu de l'actualité et du profil professionnel de la sage-femme.
- **Rémunérer adéquatement** la sage-femme dans tous les domaines d'activité au regard de toutes les responsabilités tout au long du trajet de soins.
- Élargir l'offre de soin pour les grossesses à bas risques et réfléchir à une réelle **politique de soutien des structures alternatives** que ce soit en intra ou en extrahospitalier.

D'un point de vue enseignement

- Une **formation sage-femme** en constante évolution avec la **réalité de terrain**
- Valoriser la **recherche scientifique en maïeutique (niveau 7)**
- Favoriser le **niveau master** au vu des responsabilités et des niveaux d'expertises exigés dans tous les domaines d'activité de la sage-femme.

3 ***Actions professionnelles individuelles***

- Placer les **femmes au centre de nos politiques de santé**, les autonomiser et les rendre responsables de leur santé
- Encourager une **rencontre systématique avec une sage-femme durant la grossesse**
- **Informers les femmes** et **obtenir leur consentement éclairé** tout au long de son parcours de grossesse, de travail, d'accouchement et de suivi post partum.
- Faire valoir la **liberté** de choix de la femme
- **Assurer une prise en charge personnalisée**
- Ramener le débat sur la relation entre professionnel et patiente et plutôt que sur les actes techniques
- **Systématiser la collaboration entre SF indépendante et les différents professionnels de l'institution.**
- Fournir des **soins de haute qualité** basés sur les preuves scientifiques
- Rendre obligatoire et certifier la **formation permanente de qualité** en relation avec les pratiques de soins et le champ d'action de chacune.e.
- Créer son **réseau interdisciplinaire** et travailler en équipe multidisciplinaire
- Maintenir un niveau de formation de haute qualité **dans les domaines de l'obstétrique, la fertilité, la néonatalogie et la gynécologie.**

Pour l'association francophone des
sages-femmes catholiques (AFSFC)

Anne NISSET, présidente



Pour l'union professionnelle des
sages-femmes belges (UPSfB)

Vanessa WITTVROUW, présidente

