



**Evolution de la formation Bachelier sage-femme en
Fédération Wallonie-Bruxelles : réflexions et
argumentaire en faveur d'une évolution vers la
Masterisation.**

**Groupe interréseaux
des enseignantes sages-femmes**

Avril 2026

1.	Introduction	4
2.	Analyse SWOT des modèles possibles de formation sage-femme.....	4
2.1.	Bachelier sage-femme 240 crédits (situation actuelle).....	5
2.2.	Intégration au master en sciences infirmières 120 crédits.....	6
2.3.	Bachelier professionnalisant 240 crédits + Master 60 crédits	7
2.4.	Bachelier de transition 180 crédits + Master 120 crédits	8
3.	Argumentaire.....	9
3.1.	Contexte.....	9
3.1.1.	Précautions terminologique et sémantique liminaires.....	9
3.1.1.1.	Usage des termes « sage-femme », « étudiante sage-femme » et « enseignante sage-femme »	9
3.1.1.2.	Traduction et usage du terme « midwifery »	9
3.1.2.	Organes de représentation de la sage-femme au niveau international et national 9	
3.1.2.1.	International Confederation of Midwives (ICM).....	10
3.1.2.2.	European Midwives Association (EMA).....	10
3.1.2.3.	Belgian Midwives association (BMA)	10
3.1.2.4.	Le conseil fédéral des sages-femmes (CFSF).....	10
3.1.3.	Les modèles sage-femme sur la scène internationale	11
3.1.3.1.	UNICEF, OMS, Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et ICM 11	
3.1.3.2.	International Confederation of Midwives (ICM).....	12
3.1.3.3.	La transposition des modèles internationaux sages-femmes au contexte belge 12	
3.1.4.	Champ de compétences de la sage-femme belge.....	13
3.1.4.1.	Législation professionnelle.....	13
3.1.4.2.	Cadre national : profil professionnel belge (2016).....	14
3.1.5.	Les balises de la formation sage-femme au niveau international.....	15
3.1.6.	Les balises de la formation sage-femme en Fédération Wallonie-Bruxelles.15	
3.1.6.1.	Académie de Recherche et d'Enseignement Supérieur (ARES).....	15
3.1.6.2.	Profil professionnel de la sage-femme belge du Conseil Fédéral des sages-femmes belges (CFSF)	16
3.1.6.3.	Les directives européennes relatives à la formation sage-femme	16

3.1.6.3.1.	Directive Européenne 2013/55/UE modifiant la directive 2005/36/CE	16
3.1.6.3.2.	Recommandations du groupe d'experts indépendants SPARK.....	17
3.1.6.3.3.	Recommandations de l'ICM.....	17
3.1.6.4.	Évaluation de la formation par l'AEQES.....	18
3.2.	Les enjeux stratégiques	20
3.2.1.	Nécessité d'adaptation de la formation à l'évolution des besoins de santé publique	20
3.2.1.1.	Programme interfédéral des « 1000 premiers jours »	20
3.2.1.2.	Santé mentale périnatale : enjeux et compétences requises	21
3.2.1.3.	Lutte contre les violences faites aux femmes.....	21
3.2.1.4.	Intégration de la sage-femme en centres de planning familial	23
3.2.1.5.	Première ligne sage-femme pour les naissances physiologiques.....	23
3.2.1.6.	Santé environnementale et développement durable en périnatalité	24
3.2.2.	La pratique sage-femme avancée (Advanced Midwifery Practice – AMP).....	25
3.2.2.1.	La recherche en sciences de la sage-femme	27
3.2.2.2.	Evolution des soins de santé des femmes et technologie	27
3.2.2.3.	Renforcement du leadership sage-femme.....	28
3.2.2.4.	Aspect médico-légal.....	29
4.	Conclusion générale.....	30
5.	Bibliographie.....	32

1. Introduction

A la demande de la Commission Paramédicale en juin 2025, les neuf Hautes Écoles dispensant la formation sage-femme en Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) poursuivent une réflexion concertée relative à la formation. En effet, lors de chaque changement législatif, les contenus et formes des cursus doivent être réinterrogés et adaptés pour répondre à l'évolution du profil et des compétences professionnelles.

Dans ce but, cet argumentaire va tout d'abord développer, sous forme de SWOT, les différentes solutions de formation sage-femme possibles. Celles-ci sont les suivantes :

- Bachelier sage-femme 240 crédits - situation actuelle
- Intégration au master en sciences infirmières 120 crédits
- Bachelier professionnalisant 240 crédits suivi d'un master 60 crédits
- Bachelier de transition 180 crédits suivi d'un master 120 crédits

A la suite de ces SWOT, l'argumentaire complet justifiant les forces, faiblesses, opportunités et menaces concernant ces diverses solutions sera développé.

2. Analyse SWOT des modèles possibles de formation sage-femme

2.1. Bachelier sage-femme 240 crédits (situation actuelle)

FORCES	FAIBLESSES
• Répond aux exigences minimales de la Directive Européenne 2005-36 (modifiée en 2013). • Répond partiellement à l'ensemble des prescrits légaux de la formation. • Fonctionnement du modèle de formation connu et sécurisant.	• Saturation du programme de formation. • Ne répond plus aux évolutions rapides et complexes des besoins en santé de la population et à l'élargissement des compétences professionnelles des sages-femmes. • Stages hospitalo-centrés. • Peu d'accès formalisé aux stages de première ligne. • Allongement des études pour répondre aux prescrits légaux. • Cohortes d'étudiantes surdimensionnées par rapport aux capacités de formation. • Leadership insuffisamment développé à l'issue de la formation. • Les acquis d'apprentissage terminaux des prescrits ne sont pas atteignables. • Hétérogénéité dans la construction des programmes entre les différentes Hautes Ecoles à mobilité nationale complexe. • Difficulté d'accès à la recherche disciplinaire.
OPPORTUNITÉS	MENACES
• Attractivité pour les étudiantes (non-résidentes). • Internationalisation de la formation sur le plan pratique (bon développement de la mobilité internationale).	• Aggravation des conséquences liées à la non-régulation des cohortes. • Diminution du nombre de lieux de stage (dénatalité, fusions, ...). • Manque d'attractivité pour le métier d'enseignante sage-femme. • Ne répondra pas au plan interfédéral pour des soins intégrés (programme périnatal) du SPF Santé Publique, et aux recommandations internationales de l'OMS et de l'ICM. • Formation ne donnant pas la crédibilité suffisante pour atteindre des postes à responsabilité. • Mobilité des sages-femmes formées en Belgique vers la France plus compliquée : équivalence obtenue plus difficilement.

2.2. Intégration au master en sciences infirmières 120 crédits

FORCES	FAIBLESSES
• Master en sciences infirmières existe déjà. • Promotion de la recherche. • Reconnaissance possible de la pratique avancée de la sage-femme.	• Master en sciences infirmières a été construit sans consultation des sages-femmes. • Les contenus de cours ne rencontrent pas les besoins identitaires et de compétences spécifiques des sages-femmes.
OPPORTUNITÉS	MENACES
• Bénéfice de l'expertise acquise dans la construction d'un master en pratique avancée. • Bénéfice de l'expérience organisationnelle en consortium.	• Reconstruire le master en sciences infirmières pour obtenir un master conjoint qui répond aux exigences des deux professions. • Confusion des identités des deux professions. • Deux niveaux différents de sages-femmes. • Retour en arrière par rapport à la législation (2018 : fin de l'assimilation infirmiers/sages-femmes). • Contraire aux recommandations de l'AEQES (2023). • Manque d'attractivité pour les sages-femmes. • Revalorisation salariale inconnue. • Surcoût pour la Fédération Wallonie-Bruxelles (6 ans).

2.3. Bachelier professionnalisant 240 crédits + Master 60 crédits

FORCES	FAIBLESSES
• Création d'un master spécifique à la profession de sage-femme. ➤ Possibilité pour les diplômées d'élargir et de renforcer leurs compétences professionnelles. • Promotion de la recherche sage-femme. • Cursus du master piloté par des sages-femmes (recommandation internationale).	• Nécessité d'une nouvelle habilitation. • Surcharge des apprentissages du bachelier est maintenue (4600h + actes minimaux). • Création de différents niveaux de compétences sage-femme.
OPPORTUNITÉS	MENACES
• Renforcement identité professionnelle sage-femme. • Meilleure réponse au plan interfédéral pour des soins intégrés (programme périnatal) du SPF Santé Publique, et aux recommandations internationales de l'OMS et de l'ICM. • Impact financier et organisationnel moindre qu'un master 120. • Favoriser la co-diplomation.	• Impact financier méconnu. • Revalorisation salariale inconnue. • Absence de besoin de deux niveaux de sage-femme différents. • Master 60 ne permet pas l'accès à un doctorat. • Master orphelin ne répondant pas pleinement aux nouvelles compétences sage-femme attendues.

2.4. Bachelier de transition 180 crédits + Master 120 crédits

FORCES	FAIBLESSES
• Création d'un master spécifique à la profession de sage-femme. • Un seul niveau de compétences sage-femme. • Offrir un cadre d'apprentissage sécuritaire pour la formation des étudiantes en augmentant la durée de celle-ci. • Renforcement et élargissement des compétences. • Réponse complète au plan interfédéral pour des soins intégrés (programme périnatal) du SPF Santé Publique, et aux recommandations internationales de l'OMS et de l'ICM. • Promotion de la recherche sage-femme. • Ajout d'activités d'apprentissage pour répondre aux besoins de santé publique. • Renforcement de l'identité professionnelle sage-femme nationale et internationale. • Renforcement des stages de pratique autonome et extrahospitalière. • Possibilité d'accès direct au doctorat. • Renforcement d'un leadership clinique et politique à l'issue de la formation. • Augmentation de la crédibilité professionnelle avec le rehaussement du niveau d'études pour occuper des postes à responsabilité.	• Création d'une nouvelle habilitation en co-diplomation.
OPPORTUNITÉS	MENACES
• Favoriser la co-diplomation entre universités et Hautes Ecoles. • Renforcer la collaboration interréseaux. • Cursus construit et piloté par des sages-femmes. • Renforcer la collaboration interprofessionnelle. • Valoriser le statut professionnel (visibilité du métier dans l'art de guérir). • Possibilité de construire des programmes communs entre les 9 Hautes Ecoles. • Adhésion à une philosophie de consortium d'écoles de sage-femmes. • Possibilité de valorisation d'acquis vers les BIRSG pour répondre à la pénurie d'infirmiers	• Impact financier méconnu. • Revalorisation salariale inconnue. • Allongement obligatoire des études d'une année. • Recrutement des enseignants.

3. Argumentaire

3.1. Contexte

3.1.1. Précautions terminologique et sémantique liminaires

3.1.1.1. Usage des termes « sage-femme », « étudiante sage-femme » et « enseignante sage-femme »

En 2006, le terme « sage-femme » d'usage avant 1924 en Belgique, est rétabli dans la législation pour remplacer le titre d'« accoucheuse » (Loi du 13 décembre 2006). La réhabilitation de cette dénomination, faite à la demande des représentantes de la profession en FWB, permet un alignement linguistique international et une meilleure reconnaissance professionnelle.

Dans le but de simplifier la lecture, l'utilisation des termes « enseignante sage-femme » (EnSF) et « sage-femme » (SF) seront exclusivement employés au féminin, sans intention de discrimination de genre.

Enfin, rappelons que « sage-femme » est un mot épïcène, c'est-à-dire qui ne varie pas avec le genre.

3.1.1.2. Traduction et usage du terme « midwifery »

Dans ce texte, le terme anglais « *midwifery* » sera systématiquement traduit par : « sciences sage-femme ».

En effet, la définition de « maïeutique » ou encore « maïeuticien/ne » ne fait à ce jour pas l'objet d'un consensus dans les pays de la francophonie et ne sera donc pas employé comme traduction dans ce document¹ (Meyer et al., 2019 ; Atchoumi et al., 2022). Les autrices Meyer, Lemay et Atchoumi (2024) appellent d'ailleurs à une clarification consensuelle de ce terme par la francophonie auprès de l'ICM.

3.1.2. Organes de représentation de la sage-femme au niveau international et national

La représentation internationale et nationale de la profession de sage-femme assure la **reconnaissance, la défense de son champ de compétences et promeut son rôle central dans la** santé des femmes et des familles. Elle permet d'influencer les politiques de santé, de protéger la qualité des pratiques et de participer aux avancées globales en matière de santé

¹ Nous notons cependant que le terme « maïeutique » reste occasionnellement employé dans certaines publications belges francophones (KCE, Profil professionnel et de compétences de la sage-femme belge (Conseil Fédéral des Sages-Femmes, 2016), ...), d'une façon qui sous-entend une assimilation à « sciences sage-femme », ou "pratique sage-femme" mais sans qu'il y ait eu ni analyse ni consensus terminologique et sémantique.

sexuelle, reproductive, maternelle et néonatale. Les principaux acteurs sont détaillés ci-dessous.

3.1.2.1. International Confederation of Midwives (ICM)

La « International Confederation of Midwives » (ICM) est une organisation non gouvernementale active depuis 1922, représentant actuellement plus d'un million de sages-femmes à travers 117 pays.

L'ICM (2025a) encourage les modèles de soins qui s'appuient sur le respect des droits humains, tout en valorisant le rôle des sages-femmes dans la santé sexuelle et reproductive des femmes, et dans le développement durable. Elle soutient et renforce les associations de sages-femmes dans le monde pour faire progresser la profession au niveau mondial.

L'ICM (2026) entretient des relations officielles avec l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) depuis 1957 et bénéficie du statut consultatif auprès de l'United Nations International children's emergency Fund (UNICEF) depuis 1960. De nombreuses études et publications scientifiques internationales de l'ICM sont menées conjointement avec ces deux organismes de renom.

3.1.2.2. European Midwives Association (EMA)

La « European Midwives Association (EMA) » (2022) est une organisation à but non lucratif et non gouvernementale de sages-femmes, représentant des organisations et associations de sages-femmes des États membres de l'Union européenne (UE), des membres du Conseil de l'Europe, de l'Espace économique européen (EEE) et des pays candidats à l'UE.

La European Midwives Association (EMA) offre aux sages-femmes européennes un forum dédié aux échanges et discussions sur les questions professionnelles et la santé des femmes. Elle établit des normes minimales en matière de formation et de pratique des sages-femmes au sein de l'Union européenne. Enfin, elle maintient une présence active et des contributions influentes sur les politiques de santé et la pratique sage-femme au niveau européen.

3.1.2.3. Belgian Midwives association (BMA)

Les sages-femmes belges sont membres et représentées auprès de l'ICM et de l'EMA via la Belgian Midwives Association (BMA). Cette association regroupe les deux associations francophones « Union professionnelle des sages-femmes belges (UPSFB) », l'« Association francophone des sages-femmes (AFSF) » et l'association flamande « Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen (VBOV) ». Depuis 2014, la représentation francophone belge du BMA auprès du Conseil mondial de l'ICM est assurée par une EnSF du groupe interréseaux en FWB et une sage-femme de la région flamande.

3.1.2.4. Le conseil fédéral des sages-femmes (CFSF)

Le Conseil Fédéral des Sages-Femmes a été créé en 1999. Le Conseil donne au ministre de la Santé publique, à sa demande ou d'initiative, des avis en toute matière relative à l'exercice de la profession de sage-femme et, en particulier, en matière d'exercice et des qualifications requises. Il est également à l'origine de l'élaboration du profil professionnel et de

compétences de la sage-femme belge (Conseil Fédéral des Sages-Femmes, 2016), présenté dans le point 1.5.2.

3.1.3. Les modèles sage-femme sur la scène internationale

3.1.3.1. *UNICEF, OMS, Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et ICM*

Pour renforcer la santé des mères et des nouveau-nés, ainsi que pour progresser vers la couverture sanitaire universelle, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) encourage le passage à des modèles de soins centrés sur la pratique sage-femme. Ces approches visent à améliorer l'offre de soins afin de répondre de manière optimale aux besoins des femmes et de leurs enfants avant, pendant et après la naissance.

Dans ces modèles, des sages-femmes assurent la coordination des soins et exercent de façon autonome dans l'ensemble de leurs compétences, en collaboration avec d'autres professionnels de santé (WHO & BRE, 2025).

L'Organisation Mondiale de la Santé (WHO, 2024) propose des modèles de soins permettant l'accès universel aux soins de santé primaires. Dans ce but, l'OMS propose et soutient le fait de développer un modèle de soins sage-femme, qui est une solution permettant une diminution de la morbidité maternelle et néonatale, avec un usage minimal d'interventions médicales et moins coûteuse. Néanmoins, malgré l'intérêt grandissant pour ce type de soins, il n'existe à l'heure actuelle pas de définition nationale et internationale de ce modèle. L'OMS (WHO, 2024) a donc choisi de proposer une définition pour les modèles de soins sage-femme comme suit : « Les modèles de soins sage-femme sont des modèles où les soins principaux prodigués aux femmes, nouveau-nés, depuis la préconception jusqu'à la fin du post-partum sont prodigués de manière autonome par des sages-femmes formées, diplômées et régulées dans un cadre respectueux de qualité de soins autour de leur pratique complète qui se rapproche de l'approche des soins sages-femmes, qui comprend :

- o Une coordination des soins par la sage-femme dans tous les milieux d'exercice ;
- o Une approche de soins centrée sur la personne ;
- o Une valorisation de la relation femme-sage-femme en partenariat ;
- o Une optimisation des processus physiologiques, biologiques, psychologiques, sociaux et culturels ;
- o Une utilisation des interventions médicales uniquement si nécessaire. »

Dans ce modèle, la sage-femme travaille en multidisciplinarité avec des partenaires.

Ainsi, selon la FNUAP, l'UNICEF, l'ICM et l'OMS (WHO & BRE, 2025), une meilleure couverture de soins basée sur le modèle de soins sage-femme pour les femmes et leurs nouveau-nés amènera une forte réduction de la morbidité et de la mortalité chez ceux-ci. De plus, cela permettra de réduire les coûts importants liés aux interventions médicales.

3.1.3.2. *International Confederation of Midwives (ICM)*

Selon l'ICM, « Une sage-femme est une personne qui a réussi un programme de formation des sages-femmes, dûment reconnu dans le pays où il est enseigné, basé sur les compétences essentielles pour la pratique du métier de sage-femme de l'ICM et le cadre des normes mondiales pour la formation en pratique sage-femme de l'ICM ; qui a obtenu les diplômes requis pour être enregistrée ou avoir le droit d'exercer légalement la profession de sage-femme et d'utiliser le titre de « sage-femme », et qui démontre la maîtrise des compétences définies dans la définition et le champ de compétences de la sage-femme. » (ICM, 2025).

Le Cadre professionnel de l'ICM rassemble « tous les éléments essentiels à une profession de sage-femme robuste. En renforçant la profession de sage-femme, le cadre est conçu pour améliorer la qualité des soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle, du nouveau-né, infantile et de l'adolescent dispensés aux femmes, aux filles, aux personnes de la diversité sexuelle et de genre et à leurs nouveau-nés et pour promouvoir un accès équitable à des soins de sage-femme qualifiés » (ICM, 2025).

Selon l'ICM (2025b), « les sages-femmes dispensent des soins fondés sur le partenariat, une relation de confiance, de réciprocité et d'équité entre une sage-femme et une femme. La sage-femme s'efforce de ne pas imposer son influence professionnelle et personnelle aux femmes ; le rôle de la sage-femme consiste plutôt, par le biais de soins respectueux, personnalisés, continus et non autoritaires, à établir des relations qui donnent à chaque femme le pouvoir de prendre ses propres décisions ».

La pratique sage-femme s'appuie donc sur :

- La normalité des processus reproductifs
- Des expériences humaines significatives et partagées
- Une pratique basée sur le respect des droits humains et l'empowerment.

3.1.3.3. *La transposition des modèles internationaux sages-femmes au contexte belge*

Selon la législation belge (Loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé, 2015) et en accord avec la définition internationale de la profession (ICM, 2024), les sages-femmes en Belgique disposent d'une autonomie décisionnelle pour gérer les grossesses physiologiques à faible risque, les accouchements ainsi que la période postnatale.

En effet, en Belgique, dans le cadre de l'élaboration des scénarios alternatifs pour la profession de sage-femme, une revue de la littérature a été réalisée afin d'évaluer les résultats de santé associés aux différents modèles de prise en charge (soins dirigés par les sages-femmes versus soins dirigés par les médecins, unités gérées par des sages-femmes versus unités gérées par des obstétriciens, suivi individuel *one-to-one* versus suivi en groupe). Les conclusions de cette analyse confirment que les approches centrées sur les sages-femmes, ainsi que le modèle de groupe (*centering pregnancy*), présentent une sécurité équivalente aux

modèles traditionnels, n'entraînent pas d'événements indésirables supplémentaires et procurent un niveau de satisfaction comparable (Benahmed & al., 2019).

Une formation de niveau Master permettrait d'ancrer durablement les capacités des sages-femmes à prescrire, à coordonner les soins avec d'autres professionnels et à intervenir de manière autonome dans ces contextes de plus en plus complexes (Benahmed et al., 2019). Cette évolution structurelle s'inscrirait dans la vision d'avenir prônée par la réforme belge des soins de santé, dont le plan interfédéral pour des soins intégrés, qui vise les soins centrés sur la femme, la collaboration interdisciplinaire, l'intégration et la continuité des soins (WeCare, 2022 ; INAMI, 2024).

3.1.4. Champ de compétences de la sage-femme belge

3.1.4.1. Législation professionnelle

Conformément à l'Arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé et remplacé par la Loi coordonnée relative à l'exercice des professions de soins de santé du 10 mai 2015 :

La sage-femme exerce, par dérogation, l'art médical. Elle accomplit de manière autonome : le diagnostic de la grossesse, la surveillance de la grossesse normale, la pratique des accouchements eutociques, la surveillance du post-partum de l'accouchée et du nouveau-né bien portant. En cas d'urgence, elle pose les gestes nécessaires (y compris la réanimation néonatale) dans l'attente d'une aide médicale spécialisée.

En collaboration avec le médecin, sous la responsabilité de celui-ci, elle prend en charge les problèmes de fertilité, de grossesses et d'accouchements à risque et assure les soins des nouveau-nés malades. La sage-femme est habilitée à prescrire de manière autonome les médicaments dans le cadre du suivi de la grossesse normale, de la pratique des accouchements eutociques et des soins aux nouveau-nés bien portants dans ou en dehors d'un hôpital. La prescription contraceptive est limitée aux trois mois qui suivent l'accouchement (AR 2013 modifié en 2018).

Depuis le 6 novembre 2025, la sage-femme peut procéder à la vaccination des enfants jusqu'à l'âge de 2 ans et demi (Arrêté royal du 6 novembre 2025 déterminant les conditions permettant aux titulaires du titre professionnel de sage-femme de procéder à la vaccination des jeunes enfants en exécution de l'article 45, § 2, de la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015).

Notons aussi que depuis 2006, les compétences de la sage-femme ont été élargies à la réalisation d'échographie et à la pratique de la rééducation périnéosphinctérienne. Néanmoins, aucun arrêté royal d'exécution n'a été publié à ce jour.

En ce qui concerne les prestations techniques infirmières ainsi que les actes médicaux confiés relevant de l'art infirmier, les sages-femmes diplômées depuis le 1er octobre 2018 peuvent

les effectuer de plein droit dans quatre domaines : « l'art obstétrical, le traitement de la fertilité, la gynécologie et la néonatalogie ». L'Arrêté Royal du 1er février 1991 relatif à l'exercice de la profession de sage-femme (mis à jour en 2019) fixe quant à lui le cadre spécifique de pratique sage-femme.

Enfin, la sage-femme se doit d'offrir la meilleure qualité de soins sécuritaires. Dans ce cadre, la loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé du 22 avril 2019 exige qu'en tant que professionnelle des soins de santé, la sage-femme fonde sa pratique sur les données scientifiques pertinentes et son expertise clinique, en prenant en compte les préférences du patient.

3.1.4.2. Cadre national : profil professionnel belge (2016)

Selon le profil professionnel et de compétences de la sage-femme belge (Conseil Fédéral des Sages-Femmes, 2016) : « La sage-femme est une personne professionnelle et responsable qui travaille conjointement avec les femmes pour leur donner un appui essentiel, ainsi que des conseils et les soins nécessaires durant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Ces soins incluent des mesures préventives, la promotion de l'accouchement normal, le dépistage des signes de complications, tant chez la mère que chez le bébé, le recours à l'assistance médicale ou à une assistance d'un autre ordre en cas de besoin et l'exécution de mesures d'urgence.

La sage-femme joue un rôle important comme conseillère en matière de santé et d'éducation, non seulement pour les femmes mais aussi au sein de la famille et de la communauté. Son travail doit comprendre l'éducation prénatale et la préparation au rôle de parent ; son intervention peut aussi s'étendre à la santé maternelle, à la santé sexuelle ou reproductive et aux soins aux enfants.

La pratique de sage-femme peut être exercée dans tous les endroits, y compris à domicile, dans la communauté, en milieu hospitalier ou en clinique, et dans les unités sanitaires. »

Ce profil datant de 2016 est en cours de révision, pour donner suite à la demande du Conseil Fédéral des Sages-femmes, sous l'égide du SPF Santé Publique. Dans cette perspective, une étude Delphi nationale auprès de tous les acteurs concernés est planifiée dans les mois à venir, au sein de laquelle deux enseignantes sages-femmes, membres du groupe interréseaux, participent au groupe de pilotage.

Ce nouveau profil intégrera toutes les évolutions légales belges liées à la pratique sage-femme, mais également les sept rôles du référentiel « CanMeds » (Frank, 2015), ainsi que les compétences essentielles pour la pratique du métier de sage-femme de l'ICM (2024). La publication de ce dernier est prévue en 2028.

Nous notons qu'à ce jour, les sages-femmes sont encore trop peu visibles dans le système de soins belge, alors qu'elles sont pleinement qualifiées pour assurer le suivi des grossesses normales. « L'avis du Conseil Fédéral des sages-femmes concernant le mémorandum de la sage-femme belge (2024b) » le souligne très clairement, et demande une visibilité accrue de

la profession auprès du grand public. Cet avis réclame également une évolution des soins périnataux belges vers un modèle centré sur les parents, dans lequel la sage-femme belge pourrait déployer davantage d'autonomie et de reconnaissance.

Selon cet avis, une adaptation de la formation aux évolutions de la profession semble indispensable pour assurer l'avenir professionnel et s'adapter aux besoins des femmes et familles.

3.1.5. Les balises de la formation sage-femme au niveau international

Les normes de l'ICM permettent d'établir des critères de qualité pour les programmes qui préparent les étudiantes à exercer le métier de sage-femme.

Le guide international lancé (ICM, 2023) et élaboré conjointement avec l'OMS, le FNUAP, l'UNICEF et l'ICM, comprend un plan d'action en sept étapes pour développer la formation sage-femme. Ce document est basé sur des données factuelles et des consultations mondiales multipartites. Des balises concernent directement la formation initiale avec le renforcement de la qualité d'enseignement des établissements de formation et des enseignants, afin d'assurer un programme d'études de la profession de sage-femme conforme aux normes internationales et fondé sur des données probantes.

Le corps professoral doit se composer essentiellement de sages-femmes qui travaillent, en fonction des nécessités, avec des experts d'autres disciplines. L'ICM (2023) et l'OMS, le FNUAP, l'UNICEF et l'ICM (2019) insistent sur la priorité élevée à donner au recrutement en nombre suffisant, et au perfectionnement des sages-femmes enseignantes. Les cours de pratique sage-femme (théorie et pratique) doivent être enseignés par des enseignantes sages-femmes. Les enseignants issus d'autres disciplines intervenant dans le programme de formation des sages-femmes doivent disposer d'une expertise spécifique en lien avec le domaine de la pratique sage-femme conformément aux normes 2.1 et 2.4 de l'ICM (2023).

3.1.6. Les balises de la formation sage-femme en Fédération Wallonie-Bruxelles

3.1.6.1. Académie de Recherche et d'Enseignement Supérieur (ARES)

L'ARES (2020) définit les contenus minimaux de formation à travers 5 axes d'enseignement :

- Sciences fondamentales et biomédicales
- Sciences humaines et sociales
- Sciences professionnelles
- Activités d'intégration professionnelle
- Recherche appliquée

Pour chaque axe d'enseignement, il existe des crédits minimaux communs pour toutes les Hautes Ecoles qui dispensent le Bachelier sage-femme. Il existe également des crédits que

chaque pouvoir organisateur peut répartir dans les différents axes selon sa propre liberté. Ce document mentionne aussi les mots-clés devant apparaître dans le programme.

3.1.6.2. Profil professionnel de la sage-femme belge du Conseil Fédéral des sages-femmes belges (CFSF)

Depuis l'accès direct aux études en 1995 (Décret du 5 août), la formation de sage-femme s'est progressivement autonomisée et professionnalisée. Elle doit désormais s'appuyer sur des bases scientifiques solides et doit développer une pratique fondée sur l'Evidence-Based Midwifery. Elle fait face à une responsabilité médicale accrue en obstétrique normale. Les évolutions législatives, pédagogiques et cliniques de ces dernières décennies ont élargi les compétences attendues des sages-femmes et augmenté leur niveau d'autonomie (Conseil Fédéral des Sages-Femmes, 2016).

Face à cette montée en complexité et en responsabilités, la question du passage de la formation du niveau 6 à un niveau 7 selon le Cadre européen de certification se pose aujourd'hui de manière légitime (Conseil Fédéral des Sages-Femmes, 2016).

3.1.6.3. Les directives européennes relatives à la formation sage-femme

3.1.6.3.1. Directive Européenne 2013/55/UE modifiant la directive 2005/36/CE

La profession de sage-femme est la seule profession de santé en Belgique dont l'obtention du diplôme est conditionnée par l'acquisition d'actes minimaux. En voici la liste :

- *Consultations de femmes enceintes comportant au moins cent examens prénatals.*
- *Surveillance et soins d'au moins quarante parturientes.*
- *Pratique par élève d'au moins quarante accouchements ; [...]*
- *Participation active aux accouchements par le siège. [...]*
- *Pratique de l'épisiotomie et initiation à la suture. [...]*
- *Surveillance et soins de quarante femmes enceintes, en cours d'accouchement ou accouchées, exposées à des risques.*
- *Surveillance et soins, y compris examen, d'au moins cent accouchées et nouveau-nés sains.*
- *Observations et soins de nouveau-nés nécessitant des soins spéciaux [...]*
- *Soins aux femmes présentant des pathologies en gynécologie et en obstétrique.*
- *Initiation aux soins en médecine et en chirurgie. [...]*

Les programmes se conforment à la Directive 2013/55/UE du Parlement Européen :

[...] la formation à temps plein de sage-femme d'au moins trois ans, qui peut en outre être exprimée en crédits ECTS équivalents, comprenant au moins 4 600 heures d'enseignement théorique et pratique, dont un tiers au moins de la durée minimale est constitué de pratique clinique ; [...]

En 2024, la Commission européenne a annoncé la révision de la directive encadrant les qualifications professionnelles des sages-femmes. Bien que mise à jour en 2013, cette directive repose encore largement sur des dispositions datant de 1980. Quarante-cinq ans plus tard, elle ne reflète plus la réalité actuelle de la pratique sage-femme ni les avancées scientifiques et cliniques majeures qui ont transformé la santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale et infantile en Europe. Une modernisation du texte est donc devenue indispensable (ICM, 2025).

3.1.6.3.2. Recommandations du groupe d'experts indépendants SPARK

Le groupe SPARK, cabinet de conseil en recherche, spécialisé dans les services juridiques et politiques aux niveaux européen et national, a mené pour l'Union Européenne le travail d'enquête préliminaire à la modification de ladite directive, et a publié en avril 2025 ses premières conclusions et recommandations (Spark Legal and Policy Consulting, 2024) qui concernent les points suivants :

- Les progrès scientifiques : intégrer dans la directive un renforcement des compétences des sages-femmes en recherche, en Evidence-Based Midwifery et en application clinique. Les formations devraient également couvrir les compétences en collaboration interprofessionnelle, leadership et développement professionnel continu. Par ailleurs, la santé sexuelle et reproductive nécessite une mise à jour des contenus de formation incluant les soins préconceptionnels, la pharmacologie (notamment l'ensemble des méthodes contraceptives) ainsi que les enjeux de santé environnementale.
- Les progrès technologiques : ajouter dans la directive le développement des compétences de la sage-femme relatives à la technologie digitale professionnelle et à la maîtrise de l'intelligence artificielle en santé.
- Autres compétences professionnelles : développer dans la directive la santé mentale périnatale, les soins respectueux envers les femmes ayant des besoins spécifiques, la santé publique, la néonatalogie à haut risque, les soins critiques et les situations d'urgence.

Les progrès scientifiques, technologiques et autres compétences professionnelles doivent retenir toute notre attention lors de la création d'un futur master.

3.1.6.3.3. Recommandations de l'ICM

Pour l'ICM (2025a), l'examen initial de la directive 2005/36/CE est à ce jour insuffisant : peu de mises à jour concrètes et absence d'intégration des avancées actuelles. L'ICM plaide pour une harmonisation de la formation et de la réglementation, pour le renforcement de la qualité et de la sécurité des soins, et pour la promotion de l'équité et des droits sexuels et reproductifs.

En fonction des évolutions apportées par l'Union Européenne, nous serons, quoi qu'il en soit, amenées à réviser le cursus sage-femme afin d'en assurer la mise en conformité.

3.1.6.4. Évaluation de la formation par l'AEQES

Déjà en 2011, au niveau du programme sage-femme, le comité des experts préconise des enseignements spécifiques sages-femmes dès le début de cursus. Cela va permettre également de développer et construire leur identité professionnelle plus précocement (AEQES, 2011). Bien que les infirmières et les sages-femmes partagent certains points communs, elles se distinguent par la nature de leurs missions : l'une s'inscrit dans l'art de soigner, tandis que l'autre relève à la fois de l'art de soigner et de l'art de guérir (AEQES, 2011).

En 2023, l'AEQES réitère ses recommandations qui sont de renforcer le positionnement et l'identité du programme de bachelier sage-femme singulier et distinct du bachelier infirmier, et développer la recherche appliquée dans le domaine de la pratique sage-femme.

Depuis les évaluations menées en 2015-2016, la formation de sage-femme en Haute Ecole dans la Fédération Wallonie-Bruxelles s'est différenciée du bachelier en soins infirmiers généraux en adoptant un cursus spécifique. Toutefois, il est constaté que les contenus et les structures des deux formations restent encore similaires pour certains cours, et que l'identité professionnelle des sages-femmes n'est pas encore pleinement affirmée au regard du référentiel de compétences de l'ARES et du profil professionnel belge.

En outre, le programme de formation doit permettre aux étudiantes sages-femmes d'acquérir une pratique autonome, tant en milieu hospitalier qu'en dehors, couvrant l'ensemble du parcours périnatal.

(AEQES,2023)

Par ailleurs, un des messages-clé publié lors de la dernière évaluation continue du bachelier sage-femme en FWB (AEQES, 2023) confirme la nécessité d'adapter « le programme d'études afin de répondre à l'évolution de la profession, aux besoins de la société, et se baser sur le profil (...) de 2016 ».

Cette analyse vise à renforcer l'intégration d'un enseignement fondé sur les bonnes pratiques (Evidence-Based), le développement de la recherche et la consolidation des compétences professionnelles en stage, ce qui correspond aux exigences d'un niveau de certification 7.

En effet, l'AEQES s'interroge sur la durée actuelle des études et sur la pertinence d'une évolution vers un « master professionnalisant », déjà adopté dans certains pays limitrophes comme la France.

En outre, l'AEQES (2023) dans ses points-clés, constate que la densité du programme et la charge de travail, régulièrement dénoncées lors des évaluations, génèrent un réel mal-être chez les étudiantes. La pression de devoir réaliser un nombre élevé d'actes (obligatoire pour le diplôme) dans un contexte de stages insuffisants crée un stress important, pouvant même entraîner un prolongement des études. Un réajustement est donc nécessaire, via une approche-programme centrée sur les compétences et sur le développement de l'identité professionnelle de la sage-femme, en intégrant les attentes du terrain et l'ensemble des champs de pratique dès la première année.

3.2. Les enjeux stratégiques

3.2.1. Nécessité d'adaptation de la formation à l'évolution des besoins de santé publique

Allen et al. (2018) soulignent que la majorité des besoins de santé (environ 90 %) peuvent être couverts par la première ligne, dont dépend largement l'efficacité du système de santé. Aussi, le Conseil supérieur de la santé (2025) réaffirme reconnaître la sage-femme comme prestataire de première ligne pour détecter les vulnérabilités psychosociales précoces.

La pénurie de médecins généralistes en Belgique (INAMI, 2025) impose une meilleure autonomie des professionnels de première ligne. Les sages-femmes, déjà présentes en nombre limité en centre de planning familial (Arrêté du Gouvernement wallon, 2024), en pré-conceptionnel, en prénatal, en salle de naissance, en post-partum, quel que soit le lieu de pratique (Arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune fixant les normes que les hôpitaux doivent respecter du 25 mai 2023), sont appelées à jouer un rôle pivot dans le suivi global des femmes, et notamment des femmes en situation de vulnérabilité (Benahmed et al., 2014 ; Kuypers et al., 2024 ; INAMI, 2024).

La santé mentale des femmes (Sciensano, 2023) et la diversité culturelle, ainsi que les vulnérabilités sociales, ou encore les polypathologies maternelles, dont l'augmentation significative des maladies chroniques comme le diabète gestationnel ou préexistant, complexifient la prise en charge obstétricale et nécessitent une expertise approfondie en coordination de soins et en éducation thérapeutique. Ces points illustrent la complexité croissante reconnue des parcours périnataux belges actuels (Spark Legal and Policy Consulting, 2024 ; AEQES, 2023 ; Sénat, 2024 ; Goemaes et al., 2025).

Notons que les différents points d'argumentation développés ci-dessous ne sont pas hiérarchisés par degré d'importance.

3.2.1.1. Programme interfédéral des « 1000 premiers jours »

Le protocole d'accord sur les soins intégrés signé le 8 novembre 2023 entre l'autorité fédérale et les entités fédérées marque le coup d'envoi d'un plan interfédéral ambitieux. Il a pour objectif de développer une politique innovante, durable et mieux coordonnée en matière de soins et accompagnement. Un des trois programmes pilotes issu de cette réflexion correspond aux « Soins et accompagnement des femmes enceintes, des enfants et de la famille qui les entoure lors des premiers 1000 jours » (SPF, 2025). Cette période est reconnue comme cruciale pour ses effets durables sur la santé, l'apprentissage et la productivité à l'âge adulte (Draper et al., 2024 ; Goemaes et al., 2025). La reconnaissance du nouveau-né jusqu'à ses 2,5 ans comme un patient à part entière nécessitant des soins spécifiques est documentée par les experts (Detollenaere, 2022 ; WHO, 2023, cité par le CFSF, 2025).

Pour permettre la mise en œuvre de ce programme, l'outil numérique d'aide à la décision, « Born in Belgium Professionals », a été approuvé par le directeur général de l'INAMI (Daubie, 2025) et généralisé à l'échelon national. Il vise à détecter les indicateurs de vulnérabilités

psychosociales chez les femmes enceintes et à prendre des actions de suivi interprofessionnel (Daubie, 2025). Trois nouvelles prestations ont été approuvées par l'INAMI : le conseil prénatal personnalisé, la coordination de l'aide et des soins, ainsi que la concertation multidisciplinaire ou concertation périnatale (INAMI, 2024).

3.2.1.2. Santé mentale périnatale : enjeux et compétences requises

Le CSS (2025) va plus loin que le programme des “1000 premiers jours” dans ses recommandations et insiste sur l'importance de la santé mentale dès la petite enfance (0–5 ans) comme déterminant majeur du développement global.

Il souligne que les interventions précoces sont essentielles pour prévenir les troubles ultérieurs. Les professionnels de première ligne doivent être attentifs aux signes de vulnérabilité psychologique chez les parents et les enfants.

En effet, les sages-femmes, par leur proximité avec les femmes enceintes et les jeunes familles, sont identifiées comme des acteurs clés pour repérer les difficultés psychologiques précoces. Le rapport insiste sur la nécessité que les sages-femmes soient formées à la santé mentale périnatale, afin d'intégrer cette dimension dans leur pratique quotidienne.

En outre, le suicide lors de la grossesse ou en post-partum est ainsi devenu une cause importante de mortalité périnatale. En Belgique, ce taux est encore peu étudié, tout comme le taux de dépression du post-partum (Solidaris, 2024). La prévalence de cette dernière est néanmoins située entre 10 et 27% (Schoy et al., 2024). En France, le taux de suicide chez les jeunes mères est de 13.4% des décès maternels entre 2013 et 2015, dont la majorité (77%) surviendrait à partir du 42^e jour post-partum (Moreau, 2020). Les chiffres sont également étudiés au Royaume-Uni (1.48 suicides pour 100 000 naissances vivantes en 2020), où le suicide est susceptible de survenir trois fois plus qu'en 2017-2019 (Backer et al., 2023). Ces données soulignent l'importance d'un dépistage précoce et d'une prise en charge adaptée. Dans ce contexte, renforcer la formation et la reconnaissance des sages-femmes dans le domaine de la santé mentale périnatale apparaît indispensable pour prévenir ces troubles et protéger la santé des jeunes enfants (Conseil supérieur de la santé, 2025).

3.2.1.3. Lutte contre les violences faites aux femmes

Présenté le 20 novembre 2025 à Madrid, le nouveau rapport de l'OMS/Europe sur les violences à l'encontre des femmes et des filles invite les états-membres à intensifier la mise en œuvre de l'aide médicale essentielle et urgente aux victimes de violences physiques et/ou sexuelles.

En 2023, l'observatoire de la santé globale de l'OMS estime que 28,9% des femmes âgées de 15–49 ans dans la Région Europe subit des violences physiques et/ou sexuelles, par un partenaire intime ou par une autre personne. En 2024, en Belgique, 17,3 % de femmes seraient victimes de violences domestiques (WHO & BRE, 2025). En ce qui concerne les

violences sexuelles, Hahaut & al. (2023) ont recensé dans leur rapport annuel en 2022, 131 victimes admises par mois dans les CPVS : 90 % s'identifient comme femmes, l'âge moyen est de 24 ans et 32 % sont mineur.e.s. Cette même population vulnérabilisée par les violences est susceptible de devenir parents.

L'OMS identifie la grossesse comme une période-clé de repérage de la violence entre partenaires, et pour apporter un soutien adéquat. Cette violence a des conséquences importantes sur la santé de la mère et de son enfant tout au long de leurs vies. Les soins périnataux représentent une opportunité pour les femmes d'interagir avec des professionnels de santé. En effet, les femmes en situation de précarité, ainsi que celles confrontées à des discriminations multiples (femmes en situation de handicap, migrantes, issues de minorités ethniques ou raciales, transgenres) présentent aussi un risque accru de subir des violences (WHO & BRE, 2025). La Belgique a bien identifié cette problématique dans son plan d'action national de lutte contre les violences basées sur le genre 2021-2025.

Parmi celles-ci, la formation initiale des futurs professionnels constitue un axe primordial de la politique de prévention. Elle doit devenir systématique et couvrir l'ensemble des différents types de violences basées sur le genre pour les professionnels susceptibles de rentrer en contact, dans l'exercice de leur fonction, avec des victimes et/ou des auteurs d'actes de violences basées sur le genre. Le caractère multidisciplinaire des formations s'impose pour développer une approche intégrée des violences basées sur le genre et les rendre apte à agir à l'interface des institutions (Institut pour l'égalité des femmes et des hommes, 2021).

Le rapport du GREVIO publié le 27 novembre 2025, souligne que la formation doit porter sur la prévention et la détection systématique de la violence et de ses différentes formes, l'égalité entre les femmes et les hommes, les besoins et les droits des victimes et la prévention de la victimisation secondaire, la prise en charge et l'orientation des victimes de toutes formes de violences. A l'instar de la formation adressée à l'ensemble du corps médical qui travaille dans les CPVS/ZSG, ce modèle de formation devrait être reproduit aux autres professionnels de la santé (Grévio, 2025).

L'OMS (WHO & BRE, 2025) recommande de former les professionnels de santé capables d'aborder la question de la violence, d'offrir un soutien de première ligne, d'assurer les soins cliniques aux victimes d'agression sexuelle et de violence conjugale, de garantir la confidentialité et l'intimité, et de mettre en place des réseaux de référence.

De la même manière, Leroy et al. (2018) identifient l'importance de renforcer la formation des professionnels de santé afin qu'ils puissent mieux détecter et prendre en compte les problèmes sociaux rencontrés par les femmes.

Cela rejoint les recommandations du groupe SPARK (2024) concernant la révision du programme de formation sage-femme afin d'assurer le développement des compétences professionnelles en lien avec la population à besoins spécifiques.

3.2.1.4. Intégration de la sage-femme en centres de planning familial

Depuis 2024 en Wallonie, la sage-femme est assimilée à la fonction médicale au sein des centres de plannings familiaux conformément à la législation relative aux prescriptions médicamenteuses pouvant être rédigées de manière autonome par les sages-femmes, et à la législation belge réglementant la profession de sage-femme (Arrêté du Gouvernement wallon, 2024).

La fonction médicale comprend les prestations que la sage-femme est autorisée à réaliser par l'AR du 1er février 1991 relatif à l'exercice de la profession de sage-femme. Il s'agit de la prescription des dépistages des infections sexuellement transmissibles (IST) dans le cadre de la grossesse ; du diagnostic de grossesse et de son suivi médical. En outre, l'arrêté royal du 15 décembre 2013 modifié le 31 janvier 2018 fixe la liste des prescriptions médicamenteuses pouvant être rédigées de manière autonome par les sages-femmes, dont la prescription de la contraception orale limitée. Par ailleurs, diverses instances recommandent d'élargir la liste à toutes les autres formes de contraceptifs tels que patch, anneau vaginal, implant, dispositif intra-utérin hormonal ou non hormonal ainsi qu'à la contraception d'urgence (Spark Legal and Policy Consulting, 2024 ; CFSF, 2024a).

En outre, à l'heure actuelle, seuls les médecins généralistes et spécialistes, les dentistes, ainsi que les sages-femmes dans certaines conditions précises, disposent de l'autorisation de délivrer un certificat d'incapacité de travail (Chaire Interdisciplinaire de la première ligne, 2020).

Contrairement à d'autres pays européens, en Belgique, la sage-femme n'est pas encore autorisée à pratiquer l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse. Néanmoins, la commission nationale d'évaluation des IVG du SPF Santé Publique (Commission nationale d'évaluation de la loi du 15 octobre 2018 relative à l'IVG, 2025) recommande aux centres de planning familial de « donner la possibilité aux sages-femmes d'intervenir dans l'accompagnement des IVG ».

Les recommandations pour la formation de la commission nationale d'évaluation insistent sur le fait de :

« Renforcer la formation et l'information sur le droit à l'avortement et la pratique de l'IVG de tous les professionnels de la santé. La formation doit englober les aspects médicaux, psychosociaux et éthiques des décisions liées à la santé reproductive. »

(Commission nationale d'évaluation de la loi du 15 octobre 2018 relative à IVG, 2025)

3.2.1.5. Première ligne sage-femme pour les naissances physiologiques

Les dernières évolutions des politiques périnatales belges ciblent le développement plus large de la pratique autonome de la sage-femme pour un suivi périnatal plus diversifié et assurer des naissances moins médicalisées. Mentionnons notamment l'adaptation des normes hospitalières à Bruxelles par l'obligation de créer des gîtes de naissance type « Cocon

» à Erasme Bruxelles, ou « Le Nid » au CHU-UCL de Namur, ou de donner l'accès aux plateaux techniques aux SF (Arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune fixant les normes que les hôpitaux doivent respecter du 25 mai 2023 ; Walheer, 2025).

Ce modèle organisationnel, souvent nommé midwifery led-care, s'appuie sur des données probantes et des recommandations internationales pour offrir une prise en charge centrée sur la physiologie et la continuité des soins (Sandall et al., 2016 ; ICM, 2017 ; Ricchi et al., 2019). Ce modèle repose sur l'autonomie des sages-femmes dans la gestion des grossesses et des accouchements à bas risque, favorisant la réduction des interventions médicales non nécessaires et l'expérience positive des femmes telles que recommandées par l'OMS (WHO, 2018). En plus d'améliorer la santé maternelle et néonatale, il contribue à maintenir l'attractivité des maternités en offrant une alternative sécuritaire à l'accouchement à domicile. Ce modèle de soin pourrait également éviter l'expansion du mouvement actuel « freebirth » (choix délibéré de donner naissance à son enfant sans la présence de professionnels de santé qualifiés, en réaction au système médical perçu comme trop interventionniste) qui met en péril la sécurité de la femme et de son enfant (Sperlich, 2024).

Le développement des compétences professionnelles pour occuper les unités de pratique autonome doit permettre d'acquérir une expertise clinique autonome et avancée, un leadership interprofessionnel (ICM, 2022) et organisationnel pour contribuer à l'évaluation de la qualité des centres et in fine à la sécurité des parcours de naissance (WHO, 2026).

Aujourd'hui, en Fédération Wallonie-Bruxelles, les sages-femmes doivent se tourner vers des programmes étrangers tels que le Midwifery Unit Network à Londres ou la formation continue en FWB via le Certificat en Pratique Clinique Avancée Sage-femme, coorganisé par la Haute Ecole Léonard de Vinci et la Haute Ecole Libre de Bruxelles-Ilya Prigogine.

En favorisant la formation d'un master, le programme sera en mesure de répondre aux normes attendues par les politiques de santé du SPF. Il s'inscrit dans une dynamique internationale visant à promouvoir des soins respectueux, basés sur la physiologie et la continuité qui constituent un investissement pour la qualité des soins, la satisfaction des familles et la durabilité de notre système de santé. Le programme sera en mesure d'augmenter la visibilité et la confiance accordées à la sage-femme et permettra de répondre aux normes attendues par les politiques durables de santé du SPF.

3.2.1.6. Santé environnementale et développement durable en périnatalité

Dans le contexte actuel d'expositions à de multiples polluants, de zoonose ou de changement climatique, il est essentiel de former des professionnelles dotées de compétences élargies, permettant d'accompagner et d'éduquer les familles à limiter les impacts environnementaux sur leur santé et celles de leurs enfants, et ce, au sein de pratiques durables.

L'élargissement des compétences en santé environnementale et en développement durable permettrait d'inclure des savoirs en écologie, en toxicologie, en santé publique, etc., formant

des professionnelles capables d'intervenir sur des enjeux complexes de pollution/contamination, de l'air, de l'eau, des produits de consommation, tels que les perturbateurs endocriniens, qui affectent la santé reproductive et périnatale (Deguen et al., 2022 ; European Environment Agency, 2024 ; Heindel & Vandenberg, 2015 ; INAMI, 2024 ; Lepeule et al., 2024 ; Simeoni, 2019).

Les périodes de péri-conception, de vie intra-utérine et de l'enfance constituent des phases particulières de sensibilité aux différentes expositions environnementales. Ces expositions interviennent massivement dans la diminution de la fertilité, le bon déroulement de la grossesse et dans le risque présent et/ou futur de maladie du jeune enfant. Effectivement, le développement de l'enfant de la conception à ses deux ans et demi (1000 premiers jours) constitue une période critique de vulnérabilité, durant laquelle les influences extérieures précitées peuvent avoir des effets à court et long terme sur la santé. Il est d'autant plus important de noter que les opportunités d'action en santé par la sage-femme sont considérables à ces périodes (INAMI, 2024 ; Lepeule et al., 2024 ; Renfrew et al., 2014 ; Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, 2016 ; Simeoni, 2019 ; WHO, 2019). En outre, de meilleures interventions de la sage-femme sur le thème de la santé environnementale s'intégreraient parfaitement dans le programme interfédéral belge « Soins et accompagnement des femmes enceintes, des enfants et de la famille qui les entoure pendant les premiers 1000 jours », entré en vigueur le 1er juin 2024.

Au-delà de l'approche holistique et préventive en santé-environnement, les sages-femmes devraient développer une expertise approfondie en développement durable, en considérant l'intégration de pratiques écoresponsables telles que le choix des produits de puériculture, l'alimentation, les prescriptions d'examens ou de médicaments et la gestion des déchets hospitaliers et du « care ». Cela participerait aux objectifs de réduction des impacts environnementaux, car 5 % de l'empreinte écologique actuelle en Belgique vient du secteur de la santé (Kuipers et al, 2024 ; Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, 2025)

3.2.2. La pratique sage-femme avancée (Advanced Midwifery Practice – AMP)

Il n'existe pas de définition universelle de la pratique avancée sage-femme. Les rôles, titres et responsabilités varient fortement selon les pays (Goemaes et al., 2016).

Néanmoins, la Conférence professionnelle sage-femme de la Conférence Spécialisée Santé et de la Fédération suisse des sages-femmes (Cignacco Müller, 2021) en a proposé une définition assez large :

Une sage-femme de pratique avancée est une sage-femme praticienne accréditée titulaire d'un master, possédant une expertise approfondie dans un domaine spécifique*

de pratique, des compétences en recherche ainsi que des aptitudes avancées en leadership. Les sages-femmes en pratique avancée offrent des soins continus, centrés sur la femme et la famille, dans des situations cliniques complexes, avec un haut degré d'autonomie, d'efficacité et de responsabilité. Elles travaillent dans une variété de contextes et favorisent ainsi que coordonnent la collaboration interprofessionnelle au sein des systèmes de santé et de services sociaux.

Les sages-femmes en pratique avancée contribuent à la production de connaissances scientifiques et les communiquent à des publics variés. Elles conçoivent et mettent en œuvre des solutions accessibles, équitables, rentables et innovantes pour la promotion de la santé et la prévention. Les sages-femmes en pratique avancée améliorent la qualité des soins, contribuent à la santé publique et font progresser la science sage-femme en tant que profession académique.

**Une période de transition devra être définie [traduction libre]*

Selon Cignacco Müller et al. (2021), plusieurs études indiquent l'influence positive de la sage-femme en pratique avancée (APM) sur les résultats cliniques, stratégiques et financiers. En effet, la APM permet aux sages-femmes d'acquérir une expertise approfondie, des compétences en leadership, une autonomie clinique ainsi que des compétences approfondies en recherche. Cela permet également aux sages-femmes d'intervenir à plusieurs niveaux : macro (développement de modèles de soins), clinique, éthique, interprofessionnel, recherche (Cignacco Müller et al., 2021).

Selon Machado et al. (2025), développer la pratique avancée nécessite des actions concrètes (communication, gouvernance, financement, standardisation) ainsi que la collaboration entre académiques, managers et acteurs politiques.

Par ailleurs, documenter et clarifier la pratique avancée est indispensable pour renforcer les capacités professionnelles, soutenir les politiques et la gouvernance, améliorer l'accès équitable aux soins et assurer une planification cohérente des services (Toll et al., 2024).

Martano et al. (2026) suggèrent la nécessité de développer des compétences avancées en physiologie de l'accouchement par la promotion de modèles organisationnels tels que les unités de soins obstétricaux dirigées par des sages-femmes.

Une revue internationale récente portant sur quinze programmes de Master en pratique sage-femme dans douze pays de l'OCDE met en évidence des tendances communes malgré des différences organisationnelles. Selon Kranz et al. (2024), ces programmes visent systématiquement à développer des compétences avancées en recherche, en leadership et gestion, ainsi qu'en éducation, en complément des compétences cliniques. Ils répondent aux exigences du niveau 7 du Cadre Européen des Certifications (EQF), qui implique autonomie, responsabilité et capacité à innover dans des contextes complexes.

Ces masters constituent un levier stratégique pour renforcer la qualité des soins, la visibilité professionnelle et l'intégration des sages-femmes dans les sphères
--

décisionnelles. Enfin, elle insiste sur la nécessité d'harmoniser les objectifs de compétences tout en les adaptant aux systèmes nationaux de santé.

3.2.2.1. La recherche en sciences de la sage-femme

En Fédération Wallonie-Bruxelles, la recherche en sciences sages-femmes demeure limitée. L'accès à un master spécifique est inexistant, ce qui conduit les sages-femmes à s'orienter vers des filières connexes telles que la santé publique, les sciences de la famille et de la sexualité ou encore les sciences de l'éducation. Des formations de niveau master en sage-femme existent à l'étranger et représentent un choix pour certaines.

A titre d'exemples, il existe plusieurs formations de master en Europe, parmi lesquelles le Enhanced Midwifery Care, master proposé par la City St George's University of London, mais aussi le European Master in Midwifery Science aux Pays-Bas (en cours de révision). Ces formations sont peu accessibles au vu du coût du minerval et de l'obligation de se déplacer à l'étranger pour se former.

Ces formations universitaires de niveau 7, selon le cadre européen des certifications, permettent aux sages-femmes d'acquérir des compétences d'expertise clinique pour la gestion de situations complexes, de leadership et management et de se former à la recherche dans leur propre discipline. L'acquisition de compétences avancées facilite l'accès aux doctorats ou aux postes à responsabilité dans les établissements de soin, dans la santé publique et dans la gouvernance en santé (Groenen et al., 2023).

Au-delà des doctorantes, les sages-femmes titulaires d'un master sont essentielles pour renforcer le leadership dans les équipes multidisciplinaires. Dans un contexte où les soins de maternité deviennent de plus en plus complexes et intégrés, leur rôle dépasse la pratique clinique : il requiert des compétences avancées en élaboration de politiques, en gestion des services et en innovation. Former davantage de sages-femmes à ce niveau académique constitue donc un levier stratégique pour assurer des soins centrés sur les femmes, fondés sur les preuves, et pour soutenir la transformation des systèmes de santé à l'échelle régionale (Groenen et al., 2023).

3.2.2.2. Evolution des soins de santé des femmes et technologie

Les avancées technologiques en génétique (tel que le Non Invasive Prenatal Test) ont un impact sur le rôle de la sage-femme en matière d'information éclairée. Les sages-femmes sont confrontées à des défis cliniques mais également éthiques complexes qui nécessitent des compétences éthiques avancées (Goemans et al., 2025).

Dans sa révision du référentiel de compétences essentielles pour la pratique du métier de sage-femme, l'ICM (2024) met en avant la nécessité d'adapter et d'adopter les technologies émergentes et probantes pour améliorer la pratique de l'obstétrique. Cela implique d'appréhender les applications et leurs impacts sur la pratique sage-femme et sur les

résultats pour la mère et le nouveau-né, d'en cerner les risques éthiques (Règlement Général de Protection des Données, ...). Ces changements nécessitent des compétences d'analyse critique pour l'usage des nouvelles technologies utilisées dans les soins de santé telles que :

- Les dispositifs médicaux connectés
- La technologie assistée par l'intelligence artificielle
- Les plateformes de télésanté
- La digitalisation des dossiers de santé et des prescriptions.

Le Plan d'action eSanté 2026-2029 (INAMI, 2026) national belge souligne la nécessité de former les professionnels de santé (dont les sages-femmes) afin d'adopter efficacement les nouvelles technologies probantes.

3.2.2.3. Renforcement du leadership sage-femme

Le leadership organisationnel apparaît comme un levier central dans la mise en œuvre et la pérennisation des modèles de continuité des soins assurés par les sages-femmes. Selon Middlemiss et al. (2024), le soutien explicite des responsables institutionnels et des cadres intermédiaires est déterminant pour créer un environnement propice au changement. Un leadership engagé favorise l'adhésion des équipes en clarifiant la vision du modèle de continuité des soins et en valorisant ses bénéfices tant pour les femmes que pour les professionnelles.

Par ailleurs, le leadership est un facteur essentiel de soutien au développement professionnel et à l'autonomie des sages-femmes. En encourageant la prise de décision clinique et la responsabilisation des équipes, les leaders participent à l'appropriation du modèle de continuité des soins (Middlemiss et al., 2024).

Les sages-femmes occupent une position stratégique pour contribuer à l'amélioration des résultats de santé dans le contexte de la numérisation des soins, toutefois leur capacité à exercer un leadership au niveau des politiques de santé demeure insuffisamment mobilisée (Janes et al., 2025).

En outre, des enquêtes internationales sur les caractéristiques des leaders en sciences sage-femme mettent en avant des compétences liées à la prise de décision éclairée, à l'utilisation des preuves et à l'innovation, qui sont souvent renforcées par une formation de niveau master. Ces travaux suggèrent que le master en sciences sage-femme constitue un levier clé pour former des leaders capables de promouvoir les soins centrés sur les femmes et d'intégrer une culture EBP au sein des organisations de soins (Groenen et al., 2023 ; Sattar et al., 2023).

3.2.2.4. Aspect médico-légal

En Belgique, la gynécologie-obstétrique est la deuxième spécialité ciblée pour les demandes d'interventions en cas d'accident médical (FAM, 2025). En ce qui concerne les enjeux médico-légaux pour les sages-femmes, ils se concentrent sur la délimitation stricte entre l'autonomie en physiologie (grossesse/accouchement à faible risque) et la collaboration nécessaire avec le médecin en cas de pathologie. Elles engagent leur responsabilité civile et pénale, notamment dans la gestion des urgences, la prescription médicamenteuse, et le respect du consentement éclairé, dans un contexte de forte charge émotionnelle et de pression des résultats (Jacobs et al., 2025).

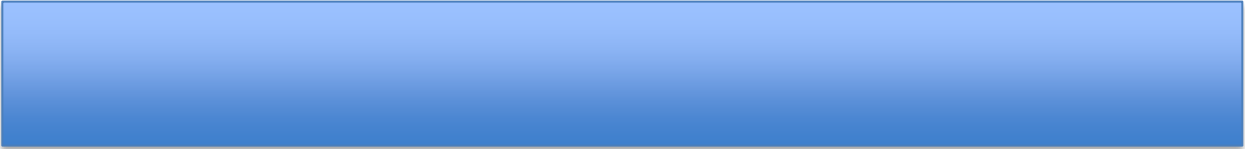
Le rôle médico-légal de la sage-femme nécessite une compréhension rigoureuse des implications cliniques et juridiques de ses actes, ce qui souligne l'importance d'une formation fondée sur les principes de l'Evidence-Based Practice (EBP). L'étude de Lanssens et al. (2022) souligne d'ailleurs que, malgré un intérêt réel pour l'actualisation continue des connaissances, les sages-femmes ne perçoivent pas toujours les guidelines comme aidantes dans leur prise de décision, ce qui renforce la nécessité d'une formation mieux structurée et plus contextualisée aux enjeux médico-légaux. Ainsi, l'intégration de l'EBP dans la formation aux dimensions médico-légales s'avère essentielle pour garantir une pratique sécuritaire, conforme aux standards professionnels et adaptée aux exigences juridiques contemporaines.

4. Conclusion générale

La revalorisation académique de la formation en Master pour les sages-femmes doit répondre à l'évolution des besoins de santé reproductive et périnatale de la population en Belgique. Cela nécessite le renforcement et l'élargissement des compétences sages-femmes, y compris de ses capacités de leadership, de recherche et d'innovation (Goemans et al. 2025). Cette revalorisation permettrait en outre le renforcement de la visibilité de la sage-femme dans le paysage des professionnels de la santé en Belgique, et de tendre vers une harmonisation européenne des diplômes.

A ce jour, les réflexions menées par les représentantes des neuf Hautes Écoles convergent vers une proposition : **faire évoluer la formation actuelle vers un diplôme de bachelier de transition à 180 crédits suivi d'un master 120 crédits en FWB**. Cet unique modèle de formation de sage-femme répondrait aux exigences légales, pédagogiques, professionnelles et sociétales.

Cet argumentaire a été rédigée par les enseignantes sages-femmes du groupe interréseaux en Fédération Wallonie-Bruxelles :



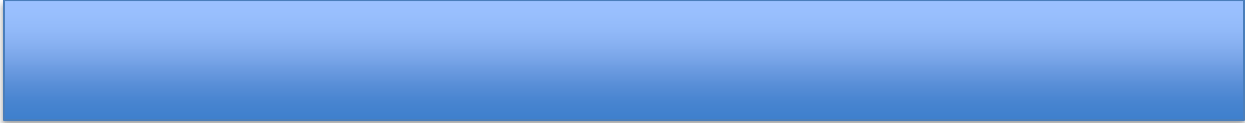
CASTIAUX Geneviève, Responsable de Programme du cursus sage-femme, Haute École de Namur-Liège-Luxembourg

genevieve.castiaux@henallux.be

DASSY Anne-Catherine, Maître assistante, Haute École Léonard de Vinci,
annecatherine.dassy@vinci.be

DUMONT Nathalie, Directrice du cursus sage-femme, Haute École Libre Mosane

n.dumont@helmo.be



NOYER Charlène, Maître assistante, Haute École Francisco Ferrer

charlene.noyer@he-ferrer.eu

PARMENTIER Nathalie, Maître assistante, Haute École de la Province de Namur HEPN

nathalie.parmentier@hepn.province.namur.be



SULEJMANI Feride, Maître assistante, Haute École Libre de Bruxelles – Ilya Prigogine

feride.sulejmaii@helb-prigogine.be

5. Bibliographie

Agence pour l'Évaluation de la Qualité de l'Enseignement Supérieur. (2011). *Évaluation des cursus soins infirmiers, sage-femme et soins infirmiers pour les titulaires d'un brevet d'infirmier hospitalier en Fédération Wallonie-Bruxelles : analyse transversale* (rapport).

<http://www.aeqes.be/documents/ATBSIBSFMEP.pdf>

Agence pour l'Évaluation de la Qualité de l'Enseignement Supérieur. (2023). *Évaluation continue du bachelier sage-femme en Fédération Wallonie-Bruxelles : synthèse des enjeux et messages-clés*.

<https://aeqes.be/documents/20231208SynthesedesEnjeuxetMessagesclesSagefemme.pdf>

Allen, L. N., Barkley, S., De Maeseneer, J., van Weel, C., Kluge, H., de Wit, N., & Greenhalgh, T. (2018). Unfulfilled potential of primary care in Europe. *BMJ*, 363, k4469.

<https://doi.org/10.1136/bmj.k4469>

Arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune fixant les normes que les hôpitaux doivent respecter du 25 mai 2023. *Moniteur belge*, 4 août 2023.

https://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2023/08/04_1.pdf#Page139

Arrêté du Gouvernement wallon modifiant le Code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé en ce qui concerne les centres et fédérations de centres de planning et de consultation familiale et conjugale, *Moniteur belge*, 14 octobre 2024.

https://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2024/10/14_1.pdf#page=107

Arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. - Publication conformément à l'article 4, § 3quinquies, dernier alinéa, des montants indexés des contributions et rétributions du 10 novembre 1967. *Moniteur belge*, 14 novembre 1967.

https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article_body.pl?language=fr&caller=summary&pub_date=17-12-11&numac=2017031766

Arrêté royal relatif à l'exercice de la profession de sage-femme du 1^{er} février 1991. <AR [2007-06-08/66](#), art. 1, 002; En vigueur : 30-07-2007> (NOTE : Consultation des versions antérieures à partir du 20-07-2007 et mise à jour au 12-06-2019). *Moniteur belge*, 6 avril 1991.

https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1991020135&table_name=loi

Arrêté royal fixant la liste des prescriptions médicamenteuses pouvant être rédigées de manière autonome par les sages-femmes dans le cadre du suivi de la grossesse normale, de la pratique des accouchements eutociques et des soins aux nouveau-nés bien portants dans ou en dehors d'un hôpital du 15 décembre 2013. *Moniteur belge*, 14 janvier 2014.

https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2013121553&table_name=loi

Arrêté royal fixant les modalités et les critères de qualification particulière permettant au titulaire du titre professionnel de sage-femme de prescrire des médicaments du 15 décembre 2013. *Moniteur belge*, 14 janvier 2014.

https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2013121552&table_name=loi

Arrêté royal du 6 novembre 2025 déterminant les conditions permettant aux titulaires du titre professionnel de sage-femme de procéder à la vaccination des jeunes enfants en exécution de l'article 45, § 2, de la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015. *Moniteur belge*, 26 novembre 2025.

<https://refli.be/fr/lex/2025008706>

Atchoumi, A.-H., Vermeulen, J., Tsou, E., Lemay, C., de Labrusse, C., Morin, C. & Meyer, Y. (2022). French-speaking Africa and translation : From midwifery to maïeutique? *European Journal of Midwifery*, 6, 26. <https://doi.org/10.18332/ejm/146546>

Backer, K. D., Wilson, C. A., Dolman, C., Vowles, Z. & Easter, A. (2023). Rising rates of perinatal suicide. *BMJ*, 381, e075414. <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-075414>

Benahmed, N., Devos, C., San Miguel, L., Vinck, I., Vankelst, L., Lauwerier, E., Verschueren, M., Obyn, C., Paulus, D. & Christiaens, W. (2014). *L'organisation des soins après l'accouchement*. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).

https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_232Bs_soins_postnatal_Synthese.pdf

Benahmed, N., Lefèvre, M., Vinck, I. & Stordeur, S. (2019). *Scénarios alternatifs pour la projection de la force de travail des sages-Femmes : horizon scanning et modèle de quantification*. Health Services Research (HSR). Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), reports 312B. <https://doi.org/10.57598/R312B>

Born in Belgium Professionals. (2025). *Programme perinatal*.

<https://borninbelgiumpro.be/fr/perinataal-programma/>

Chaire Interdisciplinaire de la première ligne (Be.hive). (2020, 18 février). *Un livre blanc de la première ligne en Belgique francophone*.

https://www.aviq.be/sites/default/files/documents_pro/2022-12/Be.Hive_LivreBlanc_2020.02.18.pdf

Cignacco Müller, E., de Labrusse, C., Krah, A. & Weber-Kaser, A. (2021). Pratique avancée sage-femme en Suisse : un état des lieux. *Obstetrica*, 12, 55–59. <https://arodes.hes-so.ch/record/9161?v=pdf>

Commission nationale d'évaluation de la loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption de grossesse. (2025, mars). *Rapport à l'attention du Parlement : 1er janvier 2022 – 31 décembre 2023*. Service Public Fédéral Santé Publique.

https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/cie_ivg_-_rapport_2022-2023_mars_2025.pdf

Conseil Fédéral des Sages-Femmes. (2016, 15 mars). *Profil professionnel et de compétences de la sage-femme belge*. SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement. https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/2016_01_cfsf_frvv_annexe_profil_professionnel.pdf

Conseil Fédéral des Sages-Femmes. (2024a, 18 décembre). *Avis du Conseil fédéral des sages-femmes concernant la modification de la liste de prescription des sage-femmes*. Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/avis_cfsf_2024.01_medicaments.pdf

Conseil Fédéral des Sages-Femmes. (2024b, 18 décembre). *Avis du Conseil Fédéral des Sages-femmes concernant le mémorandum de la sage-femme belge*. Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/avis_cfsf_2024.02_memorandum_nt.pdf

Conseil Fédéral des Sages-Femmes. (2025, 4 juin). *Avis du Conseil fédéral des sage-femmes concernant la révision des normes en maternité et unités de soins sages-femmes*. Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/avis_cfsf_2025.01_normes_normen.pdf

Conseil Supérieur de la Santé. (2025, novembre). *La santé mentale des jeunes enfants (0–5 ans)*. <https://www.hgr-css.be/file/download/084fbf99-cad1-4990-9d63-46e8ab9ba33d/ePclmV7yEhs0ZVduAlZhss3Skxc5TBVSgFRt3tTWk6s3d.pdf>

Daubie, M. (2025, 13 mars). *Déclaration de l'INAMI concernant la plateforme 'Born in Belgium Professionals'*. Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité. https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/soins_accompagnement_femmes_encintes_accord_structure.pdf

Décret du 5 août 1995 fixant l'organisation générale de l'enseignement supérieur en Hautes Ecoles. *Moniteur belge*, 1 septembre 1995. https://gallilex.cfwb.be/sites/default/files/imports/19109_000.pdf

Deguen, S., Vasseur, P. & Kihal-Talantikite, W. (2022). Inégalités sociétales et exposome urbain : des origines sociales pour des expositions différentes. *Médecine/sciences*, 38(1), 7580. <https://doi.org/10.1051/medsci/2021149>

Detollenaere, J., Benahmed, N., Costa, E., Christians, W., Devos, C. & Van den Heede, K. (2022). *Les soins de développement centrés sur l'enfant prématuré et sa famille en néonatalogie : synthèse*. KCE Report 350Bs. https://kce.fgov.be/sites/default/files/2022-03/KCE_350B_Mother-child-care_Synthese.pdf

Directive 2013/55/UE du Parlement européen et du Conseil du 20 novembre 2013 modifiant la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et le règlement (UE) n ° 1024/2012 concernant la coopération administrative par l'intermédiaire du système d'information du marché intérieur («règlement IMI») Texte présentant de l'intérêt pour l'EEE. *EUR-Lex*, 28 décembre 2013.

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=celex%3A32013L0055>

Draper, K. E., Yousafzai, A. K., McCoy, D. C., Cuartas, J., Obradović, J., Bhopal, S., Fisher, J., Jeong, J., Klingberg, S., Milner, K., Pisani, L., Roy, A., Seiden, J., Sudfeld, C. R., Wrottesley, S. V., Fink, G., Nores, M., Tremblay, M. S. & Okely, A. D. (2024). Nurturing care for early childhood development: A global framework for the first 1000 days. *The Lancet*, 404(10336), 2094–2116. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01389-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01389-8)

European Environment Agency. ([2024]). *Environmental health*.

<https://www.eea.europa.eu/help/glossary/eea-glossary/environmental-health>

European Midwives Association. (2022). *The European Midwives Association (EMA)*.

<https://www.europeanmidwives.com/>

Fonds des Accidents Médicaux. (2025) *Fonds des accidents médicaux : Rapport d'activités - 2024*. Institut National d'assurance Maladie-Invalidité.

https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/fam_rapport_activities_2024.pdf

Frank, J.R., Snell, L. & Sherbino, J. (Ed.). (2015). *CanMEDS 2015 Physician Competency Framework*. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.

<https://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-e>

Goemaes, R., Beeckman, D., Goossens, J., Shawe, J., Verhaeghe, S. & Van Hecke, A. (2016). Advanced midwifery practice : An evolutionary concept analysis. *Midwifery*, 42, 2937.

<https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.09.004>

Goemaes, R., Embo, M., Hernandez-Garcia, A. B., De Koster, K., Castiaux, G., Hammoucha, N., Sulejmani, F., Beeckman, K. & Bogaerts, A. (2025). The future of midwifery care and education in Belgium : A discussion paper. *Midwifery*, 141, 104237.

<https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104237>

Groenen, C. J., Nieuwenhuijze, M. J., Kors, J. M. & Welling, L. D. (2023). Education for leadership in midwifery; The start of the Dutch National Master of Science Midwifery. *European Journal of Midwifery*, 7(Supplement 1). <https://doi.org/10.18332/ejm/171969>

GRoupe d'Experts sur la lutte contre la VIOLence à l'égard des femmes et la violence domestique (Grévio). (2025). *Premier rapport d'évaluation thématique : Établir un climat de confiance en apportant soutien, protection et justice : Belgique*. Conseil de l'Europe.

<https://rm.coe.int/premier-rapport-d-evaluation-thematique-etablir-un-climat-de-confiance/4880298139>

Hahaut, B., Stappers, C. & Renard, B. (2023). *Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles en Belgique : Rapport annuel évolutif 2022*. Bruxelles : Institut National de Criminalistique et de Criminologie.

Heindel, J. J. & Vandenberg, L. N. (2015). Developmental origins of health and disease : A paradigm for understanding disease cause and prevention. *Current Opinion in Pediatrics*, 27(2), 248. <https://doi.org/10.1097/MOP.000000000000191>

Institut pour l'égalité des femmes et des hommes. (2021). *Plan d'action national de lutte contre les violences basées sur le genre 2021-2025 : axes stratégiques et mesures clés*. <https://igvm-iefh.belgium.be/fr/documentation/plan-daction-national-de-lutte-contre-les-violences-basees-sur-le-genre-2021-2025>

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité. (2024). *Programme de soins intégrés : Soins et accompagnement des femmes enceintes, des enfants et de la famille qui les entoure lors des premiers 1000 jours*. <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/info-pour-tous/plan-interfederal-soins-integres/programme-de-soins-integres-soins-et-accompagnement-des-femmes-enceintes-des-enfants-et-de-la-famille-qui-les-entoure-lors-des-premiers-1000-jours>

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité. (2025). *Nombre de dispensateurs de soins individuels en 2023*. <https://www.inami.fgov.be/fr/statistiques/statistiques-soins-de-sante/statistiques-2023/nombre-de-dispensateurs-de-soins-individuels-en-2023>

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité. ([2026]). *Plan d'action interfédéral eSanté 2026-2029*. <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/esante/plan-d-action-interfederal-esante-2026-2029>

International Confederation of Midwives. (2014). *Code de déontologie international pour les sages-femmes*. https://internationalmidwives.org/wp-content/uploads/cd2008_001-v2014-fre-code-de-dontologie-international-pour-les-sages-femmes.pdf

International Confederation of Midwives. (2017, 5 juin). *Midwifery led care, the first choice for all women*. <https://internationalmidwives.org/resources/midwifery-led-care-the-first-choice-for-all-women/>

International Confederation of Midwives. (2022, 12 janvier). *Guide du leadership de la pratique sage-femme*. <https://internationalmidwives.org/fr/resources/guide-du-leadership-de-la-pratique-sage-femme/>

International Confederation of Midwives. (2023). *Normes mondiales de l'ICM pour la formation des sages-femmes – Recommandations complémentaires*.

https://www.internationalmidwives.org/wp-content/uploads/FR_ICM-Education-Standards-Companion-Guidelines-V2.pdf

International Confederation of Midwives. (2024). *Compétences essentielles pour la pratique du métier de sage-femme*.

https://www.internationalmidwives.org/wp-content/uploads/FR_ICM-Essential-Competencies-for-Midwifery-Practice-1.pdf

International Confederation of Midwives. (2025a). *Normes mondiales de l'ICM pour la formation des sages-femmes*.

https://internationalmidwives.org/wp-content/uploads/FR_ICM-GLOBAL-STANDARDS-FOR-MIDWIFERY-EDUCATION-.pdf

International Confederation of Midwives. (2025b). *Philosophie et modèle de soins de pratique sage-femme*.

https://internationalmidwives.org/wp-content/uploads/FR_6d_Philosophy-and-Model-of-Midwifery-Care.pdf

International Confederation of Midwives. ([2026]). *Qui nous sommes*.

<https://internationalmidwives.org/fr/qui-nous-sommes/>

Janes, G., Chesterton, L., Heaslip, V., Reid, J., Lüdemann, B., Gentil, J., Oxholm, R.-A., Hamilton, C., Phillips, N. & Shannon, M. (2025). Current nursing and midwifery contribution to leading digital health policy and practice : An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 81(1), 116139. <https://doi.org/10.1111/jan.16265>

Jacobs, B., Hernandez, A. & Warnimont, M. (2025). Partie 1 : Sage-femme, qui es-tu ? *Consilio manue*, 52(12), 5970. <https://doi.org/10.3917/coe.520.0059>

Kranz, A., Schulz, A. A., Weinert, K., Abele, H. & Wirtz, M. A. (2024). A narrative review of Master's programs in midwifery across selected OECD countries : Organizational aspects, competence goals and learning outcomes. *European Journal of Midwifery*, 8(June), 130. <https://doi.org/10.18332/ejm/188195>

Kuipers, Y. J., Van de Craen, N., Van den Branden, L. & Mestdag, E. (2024). The midwife's support during transition to motherhood : A modified Delphi study among care providers and childbearing women. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 38(2), 461475.

<https://doi.org/10.1111/scs.13250>

Kuypers, Y., Mestdag, E., Beentjes M., Bleijenbergh R., Brosens C., Bosmans V., Embo M., Stiers M., Torfs K. & Zemouri, C. (2024). *Recommandations de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque*. Evikey. <https://www.evikey.be/uploads/2024/12/Recommandation-de-bonne-pratique-pour-laccouchement-a-bas-risque-30.07.2024.pdf>

Lanssens, D., Goemaes, R., Vrielinck, C. & Tency, I. (2022). Knowledge, attitudes and use of evidence-based practice among midwives in Belgium : A cross-sectional survey. *European Journal of Midwifery*, 6, 36. <https://doi.org/10.18332/ejm/147478>

Lepeule, J., Broséus, L., Jedynak, P., Masdoumier, C., Philippat, C., Guilbert, A. & Nakamura, A. (2024). Expositions environnementales et modifications de l'épigénome dans la période des 1000 premiers jours de vie. *Médecine/sciences*, 40(12), 947954. <https://doi.org/10.1051/medsci/2024178>

Leroy, C., Dubourg, D., Billiet, A., Senterre, C., Leeuw, V. V., Zhang, W.-H. & Englert, Y. (2018). Effets de l'environnement de vie sur les associations entre déterminants individuels et santé périnatale en Wallonie (Belgique). *Quetelet Journal*, 6(1), 3553. <https://doi.org/10.14428/rqj2018.06.01.02>

Loi du 13 décembre 2006 portant des dispositions diverses en matière de santé. *Moniteur belge*, 22 décembre 2006. https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article_body.pl?language=fr&caller=summary&pub_date=06-12-22&numac=2006023386

Loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé du 10 mai 2015. *Moniteur belge*, 28 juin 2015. https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=2015051006

Machado, P. T., Eicher, M., Delouane-Abinal, A., Kupferschmid, S. & Roulin, M.-J. (2025). Clarification and development of advanced practice roles in a Swiss French university hospital : An action research study. *BMC Health Services Research*, 25(1), 119. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12268-w>

Martano, G., Ambrosi, E., Poggianella, S., & Paoli, C. (2026). Advanced intrapartum midwifery practice : A scoping review. *Midwifery*, 153, 104687. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2025.104687>

Meyer, Y., Lemay, C. & Labrusse, C. de. (2019). De midwifery à maïeutique : Perte d'une traduction. *Canadian Journal of Midwifery Research and Practice*, 18(2), 2539. <https://cjmnp.com/index.php/cjmnp/article/view/202/234>

Meyer, Y., Lemay, C. & Atchoumi, A.H. (2024, 8-10 novembre). *UNESCO's recognition of midwifery: a closer look at the French-language version* [poster]. Conférence régionale de l'International Confederation of Midwives pour l'Europe, Berlin.

Middlemiss, A. L., Channon, S., Sanders, J., Kenyon, S., Milton, R., Prendeville, T., Barry, S., Strange, H. & Jones, A. (2024). Barriers and facilitators when implementing midwifery continuity of carer : A narrative analysis of the international literature. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), 540. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06649-y>

Moreau, E. (2020), *Suicide et périnatalité* [Thèse de médecine - DES Psychiatrie, Aix Marseille Université]. Dumas. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02971142>

Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., Silva, D. R. A. D., Downe, S., Kennedy, H. P., Malata, A., McCormick, F., Wick, L. & Declercq, E. (2014). Midwifery and quality care : Findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*, 384(9948), 11291145. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3)

Ricchi, A., Rossi, F., Borgognoni, P., Bassi, C., Artioli, G., Foà, C. & Neri, I. (2019). The midwifery-led care model: a continuity of care model in the birth path. *Acta bio-medica : Atenei Parmensis*, 90, 41-52. <https://doi.org/10.23750/abm.v90i6-S.8621>

Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic reviews*, 4(4), CD004667. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>

Sattar, S. M. R. U., Akeredolu, O., Bogren, M., Erlandsson, K. & Borneskog, C. (2023). Facilitators influencing midwives to leadership positions in policy, education and practice : A systematic integrative literature review. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 38, 100917. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100917>

Sciensano. (2023). *Cohorte belge Santé et Bien-être (BELHEALTH)*. Bulletin n°3 (octobre). https://www.sciensano.be/sites/default/files/bulletin_3_belhealth_fr.pdf

Scohy, A., Bracho Montes de Oca, E., Claerman, R., De Pauw, R., Guariguata, L., Int Panis, L., Mogin, G., Nayani, S., Schmidt, M., Van den Borre, L., Gorasso, V. (2024). *Women's health report*. Sciensano. <https://www.sciensano.be/en/biblio/womenshealth-report-belgium-2024>

Sénat de Belgique. (2024). *Rapport d'information concernant le droit à l'autodétermination corporelle et la lutte contre les violences obstétricales*. Dossier n° 7-245 (session de 2023-2024). <https://www.senate.be/www/?Mlval=/Dossiers/Informatieverslag&LEG=7&NR=245&LANG=fr>

Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. (2025). *Opération Zéro [émissions] pour les soins de santé*. <https://www.health.belgium.be/fr/news/operation-zero>

Simeoni, U. (2019). Le développement et les 1000 premiers jours : Une opportunité de prévention précoce en santé. *Spirale - La grande aventure de bébé*, 92(4), 4244. <https://doi.org/10.3917/spi.092.0042>

Solidaris. (2024). *Dépression du post-partum : Synthèse. Un enjeu de santé publique et de justice sociale*. <https://www.institut-solidaris.be/wp-content/uploads/2024/02/DPP-SYNTHESE-VF.pdf>

Spark Legal and Policy Consulting. (2024). *Discussion paper for the workshop : EU minimum harmonised training for midwives – time for an update?*

<https://www.sparklegalpolicy.eu/wp-content/uploads/2024/10/Workshop-Midwives-Discussion-paper.pdf>

Sperlich, M. (2024). Scoping review suggests that reasons for choosing unassisted birth ('freebirth') vary depending on income, previous negative health care experiences and personal and cultural beliefs. *Evidence-based nursing*, 27(2), 37833034.

<https://doi.org/10.1136/ebnurs-2023-103722>

Toll, K., Sharp, T., Reynolds, K. & Bradfield, Z. (2024). Advanced midwifery practice : A scoping review. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 37(1), 106117.

<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2023.10.001>

Walheer, S. (2025). *Les gîtes de naissance : obligatoires dans les maternités bruxelloises à partir de septembre 2024*. Born in Brussels : infos et ressources autour de la naissance et la petite enfance.

<https://www.bornin.brussels/actualites/les-gites-de-naissance-obligatoires-dans-les-maternites-bruxelloises-a-partir-de-septembre-2024/>

WeCare. (2022). *Le rapport final WeCare : Programme "Plan interfédéral pour l'aide et les soins intégrés*.

https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/plan_interfederal_soins_integres_rapport_final.pdf

World Health Organization. (2018, 7 février). *Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement*.

<https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241550215>

World Health Organization. (2019). *Strengthening quality midwifery education for Universal Health Coverage 2030: Framework for action*.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241515849>

World Health Organization. (2024). *Transitioning to midwifery models of care: global position paper*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240098268>

World Health Organization. (2026). *Orientations de mise en œuvre pour la transition vers des modèles de soins assurés par les sages-femmes*. <https://iris.who.int/handle/10665/384862>

World Health Organization & Bureau Régional de l'Europe. (2025). *Care, courage, change: health-sector leadership in tackling violence against women and girls*. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/383561>