HAUTE ECOLE LIBRE DE BRUXELLES – ILYA PRIGOGINE

DÉPARTEMENT SANTÉ

SECTION SAGE-FEMME

« Sages-femmes en Early Pregnancy Units : un atout pour la qualité des soins ? »

Travail de fin d'études présenté en vue de l'obtention du diplôme de Bachelier sage-femme déposé par :

Hupperts Hélène

18ème PROMOTION

Année 2025-2026

Conseillère méthodologique : I. Deprêter
Conseillère scientifique : M. Décourt

© 2026 Hélène Hupperts

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présent dans une autre institution pour évaluation et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, etc.) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur.

Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant·e·s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par la Haute École Libre de Bruxelles Ilya Prigogine.

Signature de l'étudiant·e



HAUTE ECOLE LIBRE DE BRUXELLES – ILYA PRIGOGINE

DÉPARTEMENT SANTÉ

SECTION SAGE-FEMME

« Sages-femmes en Early Pregnancy Units : un atout pour la qualité des soins ? »

Travail de fin d'études présenté en vue de l'obtention du diplôme de Bachelier sage-femme déposé par :

Hupperts Hélène

18ème PROMOTION

Année 2025-2026

Conseillère méthodologique : I. Deprêter
Conseillère scientifique : M. Décourt

© 2026 Hélène Hupperts

Avant-propos

Inclusivité

Nous pensons que nos mots revêtent une importance politique. Dans ce travail, le choix a été fait d'utiliser un vocabulaire genré, notamment le terme « femme ». Ce choix s'explique par les usages actuels de la langue française, qui demeure grammaticalement genrée, ainsi que dans la terminologie propre à la profession de sage-femme, dont l'intitulé est lui-même genré.

Il est toutefois important pour nous de préciser que nous souhaitons que ces termes soient compris dans une perspective inclusive. Ainsi, le terme « femme » se veut englober l'ensemble des personnes susceptibles de vivre une grossesse, y compris les adolescent·es et les personnes de toutes identités de genre.

La littérature anglo-saxonne tend à privilégier des expressions telles que « birthing people », mais il n'existe à notre connaissance pas d'équivalent pleinement satisfaisant et consensuel en langue française. Par conséquent, le choix de maintenir les termes « femme » et « sage-femme » relève d'un compromis entre précision linguistique, lisibilité et inclusion.

Par ailleurs, un effort particulier a été porté à l'usage d'un langage épicène. Lorsque cela était pertinent, des formulations inclusives ont été privilégiées, notamment par le recours au point médian, afin de rendre visibles l'ensemble des personnes concernées.

Avertissement concernant la pharmacologie

Le choix a été fait d'employer la dénomination commune internationale (DCI) dans le texte lorsque nous faisons référence à un médicament.

Avertissement concernant le référencement des sources

Afin de respecter les normes APA 7ème éd., nous avons eu recours au manuel de Scribbr (Debret, 2020) et aux diapositives de Beghuin et al. (2021).

Remerciements

Tout d'abord, merci à Mme Deprêter pour son suivi rigoureux et ses conseils avisés tout au long de ce travail.

Merci également à Marie Décourt, qui a inspiré le sujet de ce travail et accepté d'en suivre la rédaction. Merci pour le temps que tu y as consacré et pour la richesse de nos échanges. C'est grâce aux sages-femmes comme toi que j'ai encore envie d'être sage-femme.

Merci à mes parents pour la relecture attentive, les conseils précieux, et pour tout le reste.

À Alizée, Laura, merci d'avoir été à mes côtés pendant ces quatre ans. Pour rien au monde je ne l'aurais fait seule, et encore moins sans vous. Une pensée spéciale à Cindy, qui nous aura accompagnées autrement, depuis l'Anjou.

Merci à mes ami·e·x, sans qui la vie serait moins belle. À Louise, qui en sait bien malgré elle autant que moi sur la maïeutique. Et à Agathe, Amélie, Baptiste, David, Emma, Flora, Léonce, Louve, Luke, Nico (merci pour la relecture !) et Suzon. Vous êtes le socle sur lequel tout le reste tient, je vous aime si fort.

Table des matières

Table des matières **3**
Abréviations **5**
Liste des tableaux **5**
1. Introduction **7**
2. Méthodologie **10**
2.1. Problématique 10
2.2. Objectifs du travail 11
2.3. Finalité du travail 12
2.4. Méthodologie de la recherche 12
2.4.1. Public ciblé 12
2.4.2. Public ultime 12
2.4.3. Type de recherche 12
2.4.4. Contexte et limites de la recherche 13
2.4.5. Critères d'inclusion et d'exclusion des références bibliographiques 14
2.4.6. Ressources et outils de recherche 16
2.4.7. Mots-clés utilisés 17
3. Cadre théorique **19**
3.1. Early Pregnancy Unit 19
3.1.1. Origines du modèle 19
3.1.2. Organisation et fonctionnement d'une EPU 21
3.1.3. Diagnostics rencontrés 22
3.1.4. Expériences émotionnelles des femmes en EPU 27
3.1.5. Avantages et critiques des EPU 28
3.2. La profession de sage-femme en Belgique 31
3.2.1. Origine et évolutions de la profession 31
3.2.2. Formation des sages-femmes 33
3.2.3. Reconnaissance actuelle de la profession 34
3.2.4. Compétences de la sage-femme en Belgique 37
4. Discussion **41**
4.1. Regards croisés sur les soins en EPU 42
4.1.1. Recommandations des professionnel·les 42
4.1.2. Croiser le regard des femmes 44
4.1.3. Limites de cette comparaison 46
4.1.4. Croiser le regard des sages-femmes 47
4.2. La place des sages-femmes en EPU au regard de la littérature scientifique 48
4.2.1. À l'étranger 48
4.2.2. En Belgique 50

4.2.3. Compétences cliniques et organisationnelles....51
4.2.4. Gardienne de la situation psychosociale....53
4.2.5. Actes techniques....54
4.3. Conceptualiser les fausses couches comme des grossesses....57
4.4. Limites de la recherche et biais méthodologiques....59
4.5. Perspectives d'avenir....60
4.5.1. Développement des EPU en Belgique....60
4.5.2. Perspectives de recherche scientifique....61
4.5.3. Intégration et reconnaissance des sages-femmes en EPU....62
4.5.4. Reconnaître la grossesse indépendamment de son issue....62
5. Conclusion....64
Pharmacologie....68
Immunoglobulines anti-Rh(D) (Immunorho®)....68
Méthotrexate (Emthexate®)....69
Mifépristone (Mifegyne®)....72
Misoprostol (Cytotec®)....75
Lexique....78
Bibliographie....79
Annexe 1....103

Abréviations

AEPU : the Association of Early Pregnancy Units

AMM : autorisation de mise sur le marché

CFAI : Conseil Fédéral de l'Art Infirmier

CFSF : conseil fédéral des sages-femmes

CHIREC : Centre Hospitalier Interrégional Edith Cavell

CHU : centre hospitalier universitaire

CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français

DCI : dénomination commune internationale

éd. : édition

EPU : Early Pregnancy Unit

GNE : grossesse non évolutive

HUB : hôpital universitaire de Bruxelles

ICM : International Confederation of Midwives

INAMI : Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

IVG : interruption volontaire de grossesse

KCE : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé

NHS : National Health Service

NICE : National Institute for Health and Care Excellence

OMS : Organisation mondiale de la Santé

paragr. : paragraphe

PUL : pregnancy of unknown location

RCOG : Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

Rh(D) : rhésus D

sect. : section

SPF : service public fédéral

WHO : World Health Organization

Liste des tableaux

Tableau 1 : Traduction français-anglais des mots-clés utilisés dans la recherche documentaire (p. 17)

Tableau 2 : Types de fausses couches précoces (Mehra et al., 2024) (p. 24)

Tableau 3 : Pharmacologie : immunoglobulines anti-Rh(D) (Immunorho®) (pp. 68-69)

Tableau 4 : Pharmacologie : Méthotrexate (Emthexate®) (pp. 69-72)

Tableau 5 : Pharmacologie : Mifépristone (Mifegyne®) (pp. 72-75)

Tableau 6 : Pharmacologie : Misoprostol (Cytotec®) (pp. 75-77)

1.Introduction

Les métrorragies et les douleurs pelviennes concernent jusqu'à 30% des femmes durant le premier trimestre de leur grossesse (Hall et al., 2021). L'apparition de ces symptômes peut être associé à la peur de la survenue d'une fausse couche (Silverio et al., 2022), et à un sentiment d'inquiétude (Coomarasamy et al., 2021). La fausse couche spontanée est au demeurant la complication la plus fréquente de la grossesse (Mehra et al., 2024) : elle concernera 1 femme sur 10 dans sa vie (Lancet, 2021).

Dans l'accompagnement des femmes présentant des symptômes d'une fausse couche précoce, les Early Pregnancy Unit (EPU) s'imposent désormais comme la structure la plus efficace (Coomarasamy et al., 2021). Introduites au Royaume-Uni en 1989 (Bigrigg et Read, 1991), ces unités assurent l'accompagnement et le diagnostic des personnes consultant, avant 14 semaines d'aménorrhée, pour des douleurs pelviennes ou des métrorragies, ou dans un contexte de fausse couche, de grossesse ectopique, de grossesse de localisation indéterminée, de grossesse molaire, ainsi qu'en présence d'antécédents obstétricaux de telles complications (van den Berg et al., 2015). Aujourd'hui, ces unités se développent également en dehors des frontières britanniques (Iyoke et al., 2014 ; van den Berg et al., 2015). Selon les pays et les établissements, les soins y sont dispensés par des équipes composées d'infirmier·ères (parfois spécialisé·es en gynécologie), de technicien·nes en échographie diagnostique, de médecin·es, de sages-femmes, et parfois d'autres professionnel·les de santé (Coomarasamy et al., 2021). Les EPU permettent un diagnostic de l'évolutivité et de la localisation de la grossesse (Coomarasamy et al., 2021), un traitement lorsque cela est approprié (Woo et al., 2020) ainsi qu'un soutien émotionnel si nécessaire (Tunde-Byass et Cheung, 2009), en privilégiant une continuité des soins (van den Berg et al., 2015).

Avant d'entreprendre nos études de sage-femme, l'accompagnement des fausses couches précoces ne faisait pas partie de la représentation que nous nous faisions de la profession. Avec le temps, cette vision s'est progressivement élargie. Notre imaginaire du métier est passé d'un exercice essentiellement hospitalier, centré sur la maternité et la salle de naissance, à la possibilité d'exercer dans des contextes variés, notamment en libéral. Néanmoins, nous concevions encore principalement le rôle de la sage-femme comme centré sur l'accompagnement de la grossesse physiologique.

Au cours de notre dernière année de formation, un stage réalisé dans le service de grossesses à haut risque de l'Hôpital Delta (CHIREC) nous a permis d'envisager le métier de sage-femme sous un angle différent. Il nous a confrontée à des situations très éloignées du cadre de la physiologie. Nous avons remarqué la pertinence de la présence des sages-femmes dans les unités de grossesse à risque. Selon nous, elles y trouvent une place particulière en mobilisant soins infirmiers, compétences cliniques, connaissances théoriques en obstétrique et accompagnement social et affectif.

Par ailleurs, un stage réalisé en consultation prénatale au sein de l'Hôpital Universitaire de Bruxelles (HUB) nous a permis d'élargir notre conception de la relation soignant·e-soigné·e. Nous avons eu l'occasion d'assister à des consultations prénatales menées par des sages-femmes et des gynécologues. À l'HUB, les sages-femmes disposent d'une heure pour une première consultation de grossesse, et de 30 minutes lors des consultations suivantes, contre en moyenne 15 minutes de consultation chez un·e gynécologue. J'ai pu observer que ce temps supplémentaire pouvait être consacré à l'éducation à la santé et permettait souvent de créer un lien privilégié avec les femmes, favorisant l'accompagnement psycho-social en plus d'aborder les aspects médicaux du suivi de grossesse.

Cette expérience, et des conversations avec différentes sages-femmes, nous ont amenée à nous interroger sur les bénéfices d'un suivi partagé entre sages-femmes et gynécologues, y compris en présence de pathologies. Les rôles de ces professionnel·les nous apparaissent en effet complémentaires.

Notre expérience de mobilité académique dans le cadre d'un programme Erasmus à Toulouse, en France, a également nourri notre réflexion sur l'évolution possible du rôle des sages-femmes. Le champ de compétences des sages-femmes en Belgique est actuellement plus restreint que celui des sages-femmes en France, qui sont par exemple autonomes dans les interruptions volontaires de grossesse (IVG) médicamenteuses et instrumentales et ont une plus grande liberté de prescription (CFSF, 2016 ; Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, 2025).

Par ailleurs, ce sujet fait écho à notre constat de lacunes personnelles en matière de connaissances concernant les tout débuts de grossesse. Si la formation initiale accorde une

place importante à la grossesse évolutive et à l'accouchement, l'étude des premières semaines de grossesse, pourtant déterminantes, reste moins approfondie. Les situations de grossesse non évolutive, de doute diagnostique ou de récidive de perte de grossesse concernent pourtant une partie importante de la population, comme rappelé dans cette introduction. Cette prise de conscience a renforcé notre désir d'approfondir ce champ spécifique.

Ainsi, ce travail de fin d'études s'articule autour de la question de recherche suivante :

"En quoi le rôle exercé par la sage-femme dans les EPU en Belgique présenterait-il une valeur ajoutée dans le trajet de soins des femmes ?"

Ce TFE s'organise en trois parties. Dans un premier temps, nous présenterons la méthodologie de la recherche. Deuxièmement, dans le cadre théorique, nous tracerons l'origine du modèle des EPU, décrirons les recommandations actuelles et les notions clés relatives aux principales pathologies rencontrées en EPU et aborderons le vécu des personnes confrontées à ces pathologies. Dans ce même cadre théorique, nous exposerons également l'histoire et l'état actuel de la profession de sage-femme en Belgique. Troisièmement, une discussion nous permettra de réfléchir à la place des sages-femmes en EPU et dans l'accompagnement des pathologies du premier trimestre et d'ouvrir des pistes de réflexion pour la pratique professionnelle en Belgique.

2.Méthodologie

2.1. Problématique

Les fausses couches précoces représentent la première cause de complication de la grossesse (Delabaere et al., 2014a). Selon Quenby et al. (2021), celles-ci compliquent 15,3% des grossesses connues, soit 23 millions de grossesses chaque année dans le monde. Et ce serait là une sous-estimation, car les fausses couches surviennent fréquemment avant même que la grossesse soit diagnostiquée (Mehra et al., 2024).

Les grossesses ectopiques, une autre pathologie du premier trimestre, compliquent entre 1 et 2% des grossesses (van den Berg et al., 2015).

Dans leur article de 1991, Bigrigg et Read font état d'un manque de recommandations au Royaume-Uni pour la prise en charge des fausses couches et des menaces de fausse couche. Ils étudient l'efficacité des prises en charge dans la nouvelle « Early Pregnancy Unit » (EPU) (« Unité d'évaluation des grossesses précoces » [traduction libre]), ouverte en juillet 1989 à l'Hôpital Royal de Gloucester par rapport au précédent standard de prise en charge, par le service des urgences générales. Ils observent que l'EPU présente de nombreux avantages. Ils concluent ainsi :

> We suggest that all acute gynaecological units should organise an early pregnancy day case assessment unit. We believe that this would improve the quality of service to the patients and rationalise the use of financial and staff resources.» («Nous suggérons que toutes les unités de gynécologie aiguë devraient organiser une unité d'évaluation des grossesses précoces en hôpital de jour. Nous pensons que cela améliorerait la qualité du service rendu aux patientes et permettrait de rationaliser l'utilisation des ressources financières et du personnel. [Traduction libre]. (Bigrigg et Read, 1991, p. 579)

Quelque 35 ans plus tard, The Association of Early Pregnancy Units regroupe plus de 200 unités d'évaluation des grossesses précoces à travers le réseau NHS (National Health Service ou Service national de santé [traduction libre]) au Royaume Uni (AEPU, 2026). Ces unités se développent également dans d'autres pays d'Europe (van den Berg et al., 2015) et ailleurs (Iyoke et al., 2014).

En Belgique, nous avons identifié cinq structures hospitalières disposant actuellement d'une EPU. Quatre d'entre-elles se trouvent à Bruxelles, au CHU Saint-Pierre, au CHU Brugmann, à l'Hôpital Universitaire de Bruxelles et à l'UZ Brussel, et une en Flandre, à l'UZ Leuven (CHU Saint-Pierre UMC Sint-Pieter, 2025 ; Franckx, 2026a ; Hôpital Erasme, 2026 ; Service de Gynécologie de l'UZ Leuven et Service de Communication de l'UZ Leuven, 2025 ; UZ Brussel, 2025). Les informations les concernant restent cependant peu nombreuses et peu fournies.

Aucune publication belge sur le sujet, avec l'équation EPU + Belgique ou Belgium

Notre question de recherche est ainsi : « En quoi le rôle exercé par la sage-femme dans les EPU en Belgique présenterait-il une valeur ajoutée dans le trajet de soins des femmes ? » Nous l'avons détaillée en plusieurs sous-questions :

- Qu'est-ce qu'une Early Pregnancy Unit (EPU) et quels sont ses principes d'organisation ?
- Quelles situations cliniques du premier trimestre de la grossesse sont décrites dans la littérature comme relevant du champ d'intervention des EPU ?
- Quels besoins cliniques, informationnels et psychosociaux des femmes confrontées à des complications précoces de la grossesse sont mis en évidence dans la littérature ?
- Quelles compétences de la sage-femme en Belgique peuvent être mobilisées dans le cadre d'une EPU ?

2.2. Objectifs du travail

L'objectif principal de ce travail est d'explorer la plus-value que peut apporter la sage-femme au sein des EPU en Belgique, en questionnant les compétences qu'elle peut y mobiliser, la spécificité de son rôle dans l'accompagnement des femmes, ainsi que les limites et perspectives d'évolution de sa pratique. Nous souhaitons :

- Décrire le concept d'Early Pregnancy Unit, son émergence et ses modalités d'organisation ;
- examiner les compétences professionnelles de la sage-femme belge et interroger l'adéquation de ces compétences aux besoins spécifiques d'une EPU ;

- identifier les limites éventuelles du champ d'exercice de la sage-femme en Belgique dans ce cadre ;
- réfléchir à la contribution spécifique de la sage-femme dans ce cadre de soin.

Ce travail ne vise pas à décrire la réalité des EPU belges, mais à proposer une réflexion argumentée sur la base des connaissances existantes et du cadre légal et professionnel en Belgique.

2.3. Finalité du travail

La finalité de ce travail est d'explorer dans quelle mesure la présence d'une sage-femme, en collaboration avec les autres professionnel·les de santé, pourrait constituer une réponse pertinente aux besoins spécifiques rencontrés au sein des Early Pregnancy Units en Belgique.

Cette réflexion s'inscrit dans une perspective plus large d'évolution de la profession de sage-femme en Belgique. En interrogeant l'accompagnement en EPU, ce travail ambitionne de contribuer à la réflexion sur la place de la sage-femme dans le premier trimestre de la grossesse et sa place dans l'accompagnement des complications et des interruptions précoces de la grossesse.

2.4. Méthodologie de la recherche

2.4.1. Public ciblé

Ce travail s'adresse aux sages-femmes et aux étudiant·es sage-femme en Belgique, ainsi qu'aux professionnel·les intervenant en EPU. Il pourra cependant intéresser les autres acteur·ices de la santé prénatale.

2.4.2. Public ultime

Ce travail devrait bénéficier aux personnes consultant en EPU.

2.4.3. Type de recherche

Il s'agit d'une recherche documentaire, reposant sur la lecture d'articles issus de la littérature scientifique internationale et de la littérature grise, suivie d'une discussion

argumentée portant sur les compétences et le rôle de la sage-femme dans l'accompagnement des femmes consultant en EPU.

Le cadre académique de ce travail requiert l'approfondissement de deux compétences du profil professionnel de la sage-femme belge. Au regard de la problématique de recherche, nous avons sélectionné la compétence 4, gardien·ne de la situation psychosociale, et la compétence 8, promoteur·rice de la qualité (CFSF, 2016). Ce choix s'appuie directement sur les enjeux mis en évidence dans la littérature relative aux EPU, ainsi que sur les objectifs poursuivis par ce travail, à savoir interroger la potentielle valeur ajoutée de la sage-femme dans le trajet de soins des femmes en EPU.

La compétence 4 sera mobilisée pour discuter le rôle des sages-femmes dans l'accompagnement émotionnel des femmes en EPU. Elle permet d'inscrire la réflexion dans une approche globale du soin, attentive aux dimensions émotionnelles et relationnelles, et de souligner l'importance d'un accompagnement individualisé, en cohérence avec les besoins décrits dans la littérature (CFSF, 2016 ; Hall et al., 2021 ; Woo et al., 2020).

En parallèle, la compétence 8 permettra d'élargir la réflexion à l'échelle systémique, en interrogeant l'organisation et la qualité des pratiques en EPU. Elle ouvrira une réflexion sur l'hétérogénéité des dispositifs existants et sur les perspectives d'amélioration, notamment à travers une approche fondée sur les données probantes et l'évaluation critique des pratiques professionnelles (CFSF, 2016 ; van den Berg et al., 2022 ; NICE, 2019).

Elles ne sont pas les seules compétences pertinentes dans cette réflexion, mais elle constituent le cadre à partir duquel sera discutée la potentielle valeur ajoutée de la sage-femme dans le trajet de soins en EPU.

Ce travail ne vise pas à décrire ni à comparer empiriquement les pratiques effectives des Early Pregnancy Units en Belgique. Il s'appuie exclusivement sur l'analyse de la littérature scientifique et institutionnelle afin de proposer une réflexion argumentée sur la place potentielle de la sage-femme dans ces structures en Belgique.

2.4.4. Contexte et limites de la recherche

Ce travail s'inscrit dans le contexte du système de soins belge et se concentre sur la pratique professionnelle des sages-femmes susceptibles d'exercer au sein des EPU en

Belgique. La réflexion est menée à partir du cadre légal et professionnel propre à la Belgique, tout en s'appuyant sur une littérature majoritairement internationale.

Plusieurs limites doivent être prises en compte dans la lecture de ce travail. Tout d'abord, la littérature souligne une absence d'homogénéité des pratiques en EPU selon les structures, les régions et les pays. Les modalités d'organisation, les critères de qualité retenus, ainsi que la répartition des rôles entre professionnel·les de santé varient significativement d'un établissement à l'autre, ce qui limite la comparabilité directe des modèles étudiés (van den Berg et al., 2022). À cette variabilité organisationnelle s'ajoute une hétérogénéité internationale des formations, des compétences et du degré d'autonomie des sages-femmes (ICM, 2024), rendant délicate toute transposition automatique des données.

Par ailleurs, l'absence d'étude belge spécifiquement consacrées aux EPU constitue une limite importante de ce travail. À cet égard, des recherches ont été menées dans les bases de données PubMed, HAL, ScienceDirect et Google Scholar en utilisant les équations (« Early Pregnancy Unit » OR « Early Pregnancy Assessment Unit ») AND (Belgique OR Belgium), sans toutefois permettre d'identifier de travaux pertinents répondant à ces critères. Cette lacune impose un recours à des extrapolations à partir de la littérature non-belge, principalement issue de contextes anglo-saxons où les systèmes de soins, les cadres législatifs et les professions impliquées diffèrent de la réalité belge, notamment en ce qui concerne le rôle des sages-femmes et l'existence de fonctions infirmières spécialisées en gynécologie (NICE, 2019).

Enfin, le caractère non exhaustif de la recherche bibliographique, inhérent aux contraintes méthodologiques et temporelles de ce travail, invite à interpréter les résultats avec prudence.

2.4.5. Critères d'inclusion et d'exclusion des références bibliographiques

Cette recherche s'appuie sur des publications scientifiques, des données théoriques et des recommandations professionnelles portant sur les Early Pregnancy Units, les complications précoces de la grossesse et les compétences des sages-femmes en Belgique dans ces contextes de soins.

Les critères d'inclusion ont été définis afin de garantir la pertinence scientifique des sources retenues. Ont ainsi été inclus des articles scientifiques publiés dans des revues médicales et paramédicales reconnues et des recommandations de pratiques cliniques et des rapports institutionnels émanant des organismes de référence en santé et en périnatalité suivants : l'Organisation mondiale de la Santé (OMS/WHO), l'International Confederation of Midwives (ICM), le Service public fédéral (SPF) Santé publique, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), l'Association of Early Pregnancy Units (AEPU), le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ainsi que l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). Les compétences professionnelles des sages-femmes et des infirmier·ères ont été tirés pour la Belgique des référentiels du Conseil Fédéral des Sages-Femmes (CFSF) et du Conseil Fédéral de l'Art Infirmier (CFAI) et pour la France du Conseil national de l'Ordre des Sages-femmes.

Des ouvrages, mémoires et rapports issus de la littérature grise ont également été intégrés lorsque leur contenu apportait un éclairage pertinent sur les modèles organisationnels des EPU ou sur les compétences professionnelles des sages-femmes. Les publications retenues sont rédigées en langue française, anglaise ou néerlandaise. Nous avons effectué des traductions libres de l'anglais et du néerlandais vers le français, avec un recours ponctuel à des outils d'intelligence artificielle pour soutenir le processus [cfr Annexe 1].

Une attention particulière a été portée à l'actualité des données, avec une sélection majoritairement centrée sur des documents publiés au cours des dix à quinze dernières années. Des exceptions ont été faites pour des sources nécessaires à l'établissement du contexte historique et conceptuel des Early Pregnancy Units (Akhter et al., 2007 ; Bigrigg et Read, 1991 ; Condous, 2004 ; Edey et al., 2007 ; Fox et al., 1999), pour un article retraçant l'histoire de la profession de sage-femme (Faniel, 2013) ainsi que pour l'étude de Luise et al. (2002), citée dans une publication récente de Mehra et al. (2024) et celle de Wieringa-De Waard et al. (2002), citée par Woo et al. (2020).

Les références ont été retenues ou écartées au cas par cas, sur base de leur pertinence en lien avec la question de recherche, de leur crédibilité scientifique ou institutionnelle, et de leur capacité à éclairer le rôle et les compétences de la sage-femme en EPU.

Ont notamment été écartées les sources issues de contextes trop éloignés du système de soins belge, lorsque les différences de champ de compétences des sages-femmes ne permettaient pas une analyse transposable.

Les documents dont la rigueur scientifique semblait insuffisante ou plus anciens et ne contenant aucun intérêt historique ont également été exclus.

2.4.6. Ressources et outils de recherche

La recherche bibliographique a été réalisée à partir de cinq bases de données scientifiques en ligne, à savoir PubMed, HAL, ScienceDirect, Cairn et Google Scholar.

Plusieurs mémoires ont été consultés via « DIAL.mem », plateforme institutionnelle assurant l'archivage et la diffusion des mémoires électroniques de l'Université catholique de Louvain.

Les avis, recommandations et rapports issus d'organes nationaux et internationaux ont été identifiés à partir des sites institutionnels des organismes suivants : l'Organisation mondiale de la Santé (OMS/WHO), l'International Confederation of Midwives (ICM), le Conseil Fédéral des Sages-Femmes (CFSF), du Conseil national de l'Ordre des Sages-femmes, le Service public fédéral (SPF) Santé publique, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), l'Association of Early Pregnancy Units (AEPU), le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ainsi que l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI).

Les sources juridiques ont été recueillies à partir des sites officiels du Service public fédéral Justice, de Codex Vlaanderen pour la Flandre et de Galilex pour la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Les sites internet de plusieurs établissements hospitaliers ont été consultés afin d'obtenir des informations contextuelles pertinentes, à savoir ceux de l'Hôpital universitaire de Bruxelles (HUB), du CHU Saint-Pierre, de l'UZ Brussel, de l'UZ Leuven et du CHU Brugmann.

Le site internet de la Miscarriage Association a également été consulté dans le cadre de notre recherche, car il nous a semblé pertinent à la réflexion.

2.4.7. Mots-clés utilisés

Des mots clés équivalents ont été utilisés en français et en anglais. Leur traduction a été faite au moyen du portail HeTOP (Grosjean et al., 2011)

Tableau 1 : Traduction français-anglais des mots-clés utilisés dans la recherche documentaire

Francais	**Anglais**
premier trimestre de grossesse	pregnancy trimester, first
début de grossesse	early pregnancy
perte de grossesse précoce	early pregnancy loss
fausse couche, avortement spontané	miscarriage, spontaneous abortion
grossesse ectopique	ectopic pregnancy
douleur pelvienne	pelvic pain
métrorragie	metrorrhagia, bleeding
(rôle de la) (compétences) (pratique) sage-femme	midwife(ry)
deuil périnatal	bereavement
	Early Pregnancy Unit/ Early Pregnancy Assessment Unit

Nous les avons utilisés dans les équations de recherche suivantes :

- « premier trimestre de grossesse » AND (« perte de grossesse précoce » OR « fausse couche » OR « avortement spontané » OR « grossesse ectopique ») ;
- (« first trimester pregnancy » OR « early pregnancy ») AND (« early pregnancy loss » OR «miscarriage» OR « spontaneous abortion » OR « ectopic pregnancy ») ;

- « premier trimestre de grossesse » AND (« douleur pelvienne » OR « métrorragie » OR « saignement ») ;
- (« first trimester pregnancy » OR « early pregnancy ») AND (« pelvic pain » OR bleeding OR metrorrhagia) ;
- (midwife OR midwifery) AND (« early pregnancy » OR « first trimester pregnancy ») ;
- (« perte de grossesse précoce » OR « fausse couche ») AND « deuil périnatal » ;
- (midwife OR midwifery) AND (« early pregnancy loss » OR miscarriage) AND bereavement ;
- (« Early Pregnancy Unit » OR « Early Pregnancy Assessment Unit » OR EPU OR EPAU) ;
- (« Early Pregnancy Unit » OR « Early Pregnancy Assessment Unit ») AND « sage-femme » AND (« rôle de la » OR compétences OR pratique) ;
- (« Early Pregnancy Unit » OR « Early Pregnancy Assessment Unit ») AND (midwife OR midwifery) ;

3.Cadre théorique

3.1. Early Pregnancy Unit

3.1.1. Origines du modèle

À la fin des années 1980, l'organisation des soins relatifs aux complications précoces de la grossesse au Royaume-Uni repose encore majoritairement sur un modèle d'hospitalisation conventionnelle. Dans leur article publié en 1991, Bigrigg et Read soulignent que, malgré la fréquence élevée des fausses couches (estimée à environ une grossesse sur cinq), les données scientifiques relatives aux modalités optimales d'accompagnement de ces situations restent limitées. Entre janvier et juin 1989, les auteurs analysent l'organisation des soins proposés aux patientes admises au Royal Gloucestershire Hospital pour douleurs pelviennes et/ou métrorragies en début de grossesse (Bigrigg et Read, 1991).

Ils décrivent un système souvent peu efficace et source de contraintes importantes pour les patientes et leurs proches. Les femmes adressées par leur médecin généraliste étaient généralement hospitalisées immédiatement, y compris lorsque leur état clinique ne justifiait pas une admission urgente. Une fois hospitalisées, beaucoup de patientes devaient attendre la réalisation des examens nécessaires au diagnostic, avant de pouvoir regagner leur domicile lorsqu'une grossesse évolutive était confirmée. Les patientes nécessitant une intervention chirurgicale devaient quant à elles patienter jusqu'à la disponibilité d'une place au bloc opératoire d'urgence, parfois tard dans la nuit (Bigrigg et Read, 1991).

Face à ces constats, une nouvelle organisation des soins est mise en place en juillet 1989 : la première Early Pregnancy Unit (EPU). Cette structure ambulatoire vise à proposer une évaluation rapide et coordonnée des complications du premier trimestre. Les patientes y sont orientées par leur médecin pour une consultation programmée le lendemain matin, sauf en cas d'urgence nécessitant une hospitalisation immédiate. Le parcours comprend une anamnèse, un examen clinique si nécessaire, des examens biologiques ainsi qu'une échographie. Les résultats sont interprétés dans la matinée afin de permettre une décision rapide : retour à domicile avec surveillance, suivi complémentaire ou traitement adapté selon la situation clinique (Bigrigg et Read, 1991).

Après une année de fonctionnement, les auteurs rapportent plusieurs bénéfices. L'EPU permet une réduction significative des hospitalisations jugées non nécessaires grâce au développement d'un suivi ambulatoire. La durée de séjour est également diminuée, passant de plusieurs jours à quelques heures pour les situations non compliquées. Enfin, la satisfaction des patientes semble améliorée par un accès plus rapide au diagnostic, une réponse médicale dans la journée et la limitation des perturbations familiales et sociales liées à une hospitalisation évitable (Bigrigg et Read, 1991).

Les principaux inconvénients sont un léger délai possible avant l'hospitalisation lorsque celle-ci est nécessaire, ainsi qu'une mobilisation du personnel en début de journée avec une charge de travail variable (Bigrigg et Read, 1991).

Au total, cette nouvelle organisation a permis, au cours de sa première année, des économies estimées entre £95 000 et £120 000. À titre indicatif, le Royal Gloucestershire Hospital dessert une population d'environ 310 000 habitant·es. Les auteurs précisent qu'il s'agit là d'économies de ressources, affectables à un autre usage. Ils concluent en recommandant la mise en place de ce type d'unité dans tous les services de gynécologie aiguë (Bigrigg et Read, 1991).

Dans les années suivant les travaux de Bigrigg et Read, le modèle des Early Pregnancy Units se diffuse progressivement à d'autres établissements hospitaliers du Royaume-Uni. De nouvelles recherches viennent alors confirmer leurs conclusions, tout en contribuant à consolider, préciser et compléter les recommandations existantes (Akhter et al., 2007 ; Condous, 2004 ; Edey et al., 2007 ; Fox et al., 1999).

Toujours au Royaume-Uni, en 1999, une association pluridisciplinaire est fondée sous le nom « The Association of Early Pregnancy Units » (AEPU), avec notamment pour objectifs de produire des recommandations nationales pour la pratique clinique en EPU et de former les professionnel·les, entre autres lors de leur conférence annuelle. En 2026, l'AEPU recense plus de deux cents Early Pregnancy Unit à travers le Royaume Uni (AEPU, 2026).

Le succès des Early Pregnancy Units dépasse les frontières britanniques. Des structures similaires ont été développées notamment en Australie, en Belgique, au Danemark, au Nigeria et aux Pays-Bas. (Iyoke et al., 2014 ; van den Berg et al., 2015 ; van den Berg et al., 2020).

En Belgique, nous avons relevé 5 hôpitaux proposant une EPU, ou un service semblant équivalent : l'UZ Brussel, l'UZ Leuven, l'Hôpital Universitaire de Bruxelles (HUB) le CHU Saint-Pierre et le CHU Brugmann (CHU Saint-Pierre UMC Sint-Pieter, 2025 ; Franckx, 2026a ; Hôpital Erasme, 2026 ; Service de Gynécologie de l'UZ Leuven et Service de Communication de l'UZ Leuven, 2025 ; UZ Brussel, 2025). Sur le site internet du CHU Saint-Pierre, on peut lire :

> Le tout début de la grossesse peut parfois être compliqué : pertes de sang, douleurs, etc. Si ces signes ne sont pas nécessairement graves, il arrive qu'il s'agisse d'une fausse couche ou d'une grossesse extra-utérine. La Early Pregnancy Unit (EPU) est une unité composée de gynécologues et de sages-femmes qui vous examinent et vous prennent en charge dans l'urgence afin de vous assurer le meilleur suivi et le meilleur accompagnement (CHU Saint-Pierre UMC Sint-Pieter, 2025, sect. Consultation Early Pregnancy Unit, paragr. 1).

3.1.2. Organisation et fonctionnement d'une EPU

L'organisation des EPU a évolué depuis les années 1990. Si des variations régionales persistent dans les protocoles de soins (Shorter et al., 2021), la littérature met en évidence plusieurs éléments consensuels relatifs à leur fonctionnement.

Une EPU est généralement conçue comme une unité dédiée, distincte des services de maternité, et ouverte 7 jours sur 7 afin de garantir un accès rapide aux soins, idéalement dans un délai de 24 heures (NICE, 2019 ; van den Berg et al., 2015). Les personnes doivent être reçues dans un environnement dédié (NICE, 2019 ; van den Berg et al., 2020). Les femmes peuvent y être orientées par leur médecin généraliste, leur gynécologue, leur sage-femme ou s'y rendre spontanément (NICE, 2019). En cas de stabilité hémodynamique, un rendez-vous est organisé le lendemain ou dans les plus brefs délais ; en présence de signes de gravité, une évaluation urgente est réalisée en milieu hospitalier (van den Berg et al., 2020).

Le diagnostic repose principalement sur l'échographie endovaginale associée au dosage des β-hCG sériques (NICE, 2019). Sur le plan organisationnel, l'unité doit être supervisée par un·e médecin·e sénior, disponible pour avis spécialisé et garant du fonctionnement global du service (van den Berg et al., 2020).

Les soins sont assurés par des professionnel·les formé·es au repérage et à la gestion des

symptômes du début de grossesse, tels que douleurs et saignements (NICE, 2019). Dans la pratique, les consultations sont fréquemment réalisées par des médecins en formation spécialisée en gynécologie-obstétrique, sous la supervision d'un·e médecin·e senior. Le rôle des infirmier·ères en EPU est également documenté, et dans une moindre mesure, celui des sages-femmes (Freeman et al., 2024). L'importance de la communication empathique, particulièrement dans l'annonce de résultats défavorables, est également soulignée dans les recommandations (NICE, 2019).

Un élément central du fonctionnement des EPU est la mise en place d'une ligne téléphonique accessible 24/7, permettant aux femmes d'obtenir des informations et un soutien adapté auprès d'un·e professionnel·le compétent·e (Iyoke et al., 2014 ; NICE, 2019).

Les Early Pregnancy Units (EPU) permettent de centraliser le parcours de soin, en offrant un accompagnement global et continu des femmes dès le diagnostic et tout au long de leur trajectoire (van den Berg et al., 2015).

Sur le plan des critères de qualité, van den Berg et al. (2020) ont identifié 19 critères essentiels pour une EPU. La profession de sage-femme n'y est pas mentionnée.

En Belgique, à notre connaissance, ni le KCE ni le SPF Santé publique n'ont publié de recommandations spécifiques concernant les EPU.

3.1.3. Diagnostics rencontrés

Pour un peu mieux cerner les champs d'action des EPU, examinons les cas qui y sont le plus rencontrés. Nous avons choisi de structurer cette partie en nous inspirant de la brochure d'information pour les patientes de l'EPU de l'HUB (Service Gynécologie et Obstétrique, 2023).

a) Les grossesses évolutives

Les douleurs pelviennes et les métrorragies sont certes des symptômes évocateurs d'une fausse couche, mais elles apparaissent également fréquemment dans les grossesses évolutives. 85 % des femmes ressentent des crampes abdominales au début de leur grossesse et 25 % des femmes dont la grossesse évoluera normalement présentent des métrorragies au premier trimestre. Ainsi dans un grand nombre de cas, chez les femmes qui consultent pour

ces symptômes, l'échographie endovaginale et le dosage des β-hCG mettront en évidence une grossesse intra-utérine évolutive (Mehra et al., 2024).

b) Les grossesses à l'évolutivité incertaine

Parfois cependant, le diagnostic est plus incertain. Pour près de 10 % des femmes qui présentent des symptômes de fausse couche au cours du premier trimestre, les taux de β-hCG confirment une grossesse, mais celle-ci n'est pas visualisée à l'échographie. C'est ce qui est appelé pregnancy of unknown location ou PUL (Mehra et al., 2024). Delabaere et al. (2014b) en propose la traduction française par « grossesse de localisation indéterminée ».

Il existe alors quatre issues possibles :

- la grossesse est intra utérine, évolutive ou non (Bobdiwala et al., 2018 ; Mehra et al., 2024) ;
- la grossesse est dite « en cours de résolution » : sa localisation n'est jamais déterminée de façon certaine, mais les taux sériques de β-hCG diminuent de manière compatible avec une grossesse non évolutive. C'est aussi ce qu'on appelle failed PUL ou grossesse biochimique (Bobdiwala et al., 2018 ; Delabaere et al, 2014b ; Mehra et al., 2024) ;
- il s'agit d'une grossesse ectopique (Bobdiwala et al., 2018 ; Mehra et al., 2024) ;
- la PUL est dite « persistante » : sa localisation n'est jamais déterminée de façon certaine, mais les taux sériques de β-hCG augmentent ou diminuent de moins de 15 % sur trois prélèvements consécutifs à 48 heures d'intervalle (Bobdiwala et al., 2018 ; Mehra et al., 2024).

De ces quatre scénarios, c'est celui de la grossesse ectopique qui présente le plus de risque de complications. Le risque principal étant la rupture tubaire entraînant un hémopéritoine. Un diagnostic de PUL indique également une surveillance rapprochée, car il ne permet justement pas d'exclure la présence d'une grossesse ectopique (Bobdiwala et al., 2018).

c) Les grossesses ectopiques

« Une grossesse ectopique est une grossesse implantée en dehors de la cavité utérine : cornuale, cervicale, sur cicatrice de césarienne, tubaire, ovarienne ou abdominale »

(Delabaere et al., 2014b, p. 5). Agostini et al. (2025) estiment que 96 à 99 % de celles-ci sont des grossesses tubaires.

Dans le cas où une grossesse ectopique est confirmée, sa résolution dépendra de l'avancée de la grossesse et des symptômes de la femme. Une attitude expectative est acceptable si la grossesse mesure moins de 35 mm à l'échographie, que la femme est asymptomatique et que son taux sérique de β-hCG est inférieur à 1500 IU/L. Dans ce cas, il est recommandé de surveiller la décroissance du taux de β-hCG jusqu'à négativation (Agostini et al., 2025 ; NICE, 2019).

Si ces conditions ne sont pas remplies, le traitement de la grossesse ectopique peut se faire de façon médicamenteuse, par injection de méthotrexate, ou chirurgicale, souvent par laparoscopie (Agostini et al., 2025 ; NICE, 2019).

d) Les grossesses non évolutives

Tableau 2 : Types de fausses couches précoces (Mehra et al., 2024)

Type	Symptômes	Signes à l'examen par spéculum	Signes à l'échographie
Menace de fausse couche précoce	Saignements ou crampes	Col fermé, aucun produit de la conception dans le vagin	Signes possibles de grossesse viable et d'activité cardiaque fœtale
Incomplète	Saignements ou crampes	Col ouvert ou fermé, élimination partielle de produits de conception ou de caillots sanguins dans le vagin	Aucune activité cardiaque fœtale
Inévitable	Saignements ou crampes	Col ouvert et élimination partielle de produits de conception ou de caillots sanguins dans le vagin	Signes possibles de grossesse viable et d'activité cardiaque fœtale
Complète	Saignements ou crampes	Col fermé, produits de conception complètement éliminés, habituellement suivi de saignotements ou de saignements	Aucune activité cardiaque fœtale
Silencieuse	Asymptomatique	Col fermé, absence de produits de conception dans le vagin	Aucune activité cardiaque fœtale

La complication la plus courante du premier trimestre de la grossesse est la fausse couche précoce, également appelée grossesse non évolutive, ou GNE (Mehra et al. 2024). Dans le tableau 2, Mehra et al. (2024) en décrivent plusieurs types, leurs symptômes et leur présentation clinique.

Au premier trimestre, la résolution des GNE peut survenir spontanément, dans le cadre d'une approche expectative. Celle-ci est envisageable lorsque la grossesse est confirmée comme intra-utérine et que la personne présente une stabilité clinique. Environ 50 % des personnes ayant recours à cette méthode connaissent une résolution complète de la grossesse dans un délai d'une semaine (Mehra et al. 2024).

Mehra et al. (2024), s'appuyant sur les travaux de Luise et al. (2002), rapportent qu'en cas de fausse couche incomplète, près de 80 % des personnes évacuent complètement la grossesse dans les 14 jours et 91 % dans un délai de 46 jours.

Il est essentiel de transmettre ces données de manière claire aux personnes concernées, en soulignant qu'elles conservent à tout moment la possibilité d'opter pour une intervention médicamenteuse ou chirurgicale, selon leur préférence ou en fonction de l'évolution clinique. Par ailleurs, il est important d'informer les femmes sur les symptômes attendus : des saignements vaginaux pouvant être abondants, associés à des douleurs pelviennes parfois intenses. Il convient ainsi de proposer un schéma antalgique (Mehra et al., 2024).

L'intervention médicamenteuse repose sur l'administration de misoprostol, habituellement associé à la mifépristone. Cette approche permet généralement une résolution plus rapide que la stratégie expectative. Elle s'accompagne toutefois d'effets indésirables potentiels, notamment des douleurs pelviennes, des diarrhées, des nausées, des vomissements ainsi qu'un risque de saignements abondants ou d'échec thérapeutique (Mehra et al., 2024).

Les personnes concernées doivent être informées du déroulement attendu : des saignements, parfois abondants, et des crampes utérines, qui surviennent habituellement quelques heures après la prise de misoprostol et persistent généralement durant 3 à 5 heures. Il faut également prévoir un schéma antalgique. Une phase de saignements plus modérés peut ensuite se prolonger en moyenne de 9 à 16 jours (Mehra et al., 2024).

La méthode médicamenteuse ne doit pas impérativement s'effectuer en milieu hospitalier. Il est alors important d'informer les femmes concernant les signes d'alerte, qui doivent motiver une visite aux urgences : des saignements excessifs (à raison de 2 serviettes hygiéniques saturées par heure, ce pendant 2 heures consécutives), de perte de connaissance, de fièvre supérieure à 38,5°C ou de douleur abdominale intense (Mehra et al., 2024 ; Service Gynécologie et Obstétrique, 2023).

Une information préalable doit également porter sur la possibilité d'observer le produit de conception, en particulier pour des grossesses de plus de 9 semaines, ce qui peut représenter une expérience marquante sur le plan émotionnel (Mehra et al., 2024).

La résolution chirurgicale permet d'évacuer le contenu utérin soit par la dilatation-aspiration soit par le curetage (Mehra et al., 2024). Elle constitue l'intervention de

première intention en cas d'instabilité hémodynamique ou de signes d'infection (Mehra et al., 2024).

Les complications associées à cette méthode demeurent rares, mais incluent notamment les lacérations cervicales et les infections pelviennes, telles que la pelvipéritonite, dont la prévalence varie entre 1,5 % et 5,3 % (Mehra et al., 2024).

En l'absence d'indication médicale spécifique imposant une option, les recommandations soulignent l'importance de permettre aux femmes de choisir la méthode. Les professionnel·les de soins doivent leur permettre de faire un choix éclairé, fondé sur une information complète et équilibrée concernant les bénéfices, les risques et les implications de chaque méthode (NICE, 2019).

Si la grossesse a atteint le terme de 12 semaines d'aménorrhée chez une femme de rhésus D négatif et que le géniteur est de rhésus D positif ou inconnu, les recommandations indiquent qu'il y a lieu d'administrer une injection d'immunoglobuline anti-D, afin de réduire le risque d'allo-immunisation (Mehra et al., 2024 ; Vigoureux et al., 2024).

e) Les rétentions

Les rétentions concernent environ 10 % à 15 % des pertes précoces de grossesse, lorsque des produits de conception ou des tissus trophoblastiques persistent au sein de la cavité utérine. Cette situation peut survenir après une interruption volontaire de grossesse ou après une GNE, indépendamment de la décision thérapeutique initiale (expectative, médicamenteuse ou chirurgicale). La présentation clinique est hétérogène : certaines personnes sont asymptomatiques, tandis que d'autres présentent des saignements persistants associés à des douleurs pelviennes. Bien que peu fréquentes, des complications sévères telles que l'infection, l'hémorragie ou l'état de choc peuvent survenir et engager le pronostic vital (Austruy et al., 2025 ; Van Poucke et al., 2025).

Trois approches thérapeutiques peuvent être envisagées : la méthode chirurgicale, médicale ou expectative. Le choix dépend du contexte clinique, mais également des préférences de la patiente (Van Poucke et al., 2025).

La méthode expectative est efficace pour de nombreuses femmes, sans majoration du risque infectieux. Elle peut malgré tout être associée à un risque accru d'hospitalisation non

programmée en cas de douleur importante ou de métrorragies abondantes. La méthode médicamenteuse (misoprostol) est légèrement moins efficace que la chirurgie mais présente tout de même des taux de succès élevés (Van Poucke et al., 2025).

f) Les grossesses molaires

Une grossesse molaire, ou môle hydatiforme, correspond à une pathologie liée à une anomalie de la fécondation. Elle se manifeste par un développement anormal du tissu trophoblastique destiné à former le placenta, associé à une dégénérescence des villosités choriales. Deux formes principales sont décrites : la môle complète, caractérisée par l'absence d'embryon, et la môle partielle, pouvant être associée à des tissus embryonnaires ou fœtaux non viables. Bien que généralement bénigne, cette affection nécessite un diagnostic rapide ainsi qu'un suivi rigoureux (Candelier, 2015).

Les principaux risques résident dans la persistance de tissu molaire au sein de l'utérus, pouvant provoquer des saignements ou, plus rarement, une évolution vers une maladie trophoblastique gestationnelle persistante, voire vers un choriocarcinome. Néanmoins, grâce à un repérage précoce, à une surveillance adaptée et aux traitements disponibles, le pronostic reste le plus souvent excellent (Candelier, 2015).

Ce diagnostic demeure toutefois exceptionnellement rare : en moyenne, un·e obstétricien·ne n'est confronté·e qu'à environ un cas tous les deux ans (Tidy et al., 2020).

3.1.4. Expériences émotionnelles des femmes en EPU

L'étude qualitative britannique de Silverio et al. (2022) indique que l'anxiété constitue la trame émotionnelle dominante des expériences vécues en EPU, indépendamment de l'issue de la grossesse. Elle est le plus souvent déclenchée dès l'apparition de symptômes tels que les douleurs pelviennes ou les saignements qui sont immédiatement interprétés comme des signes annonciateurs d'une fausse couche. Lorsque la non-viabilité est confirmée, cette anxiété peut se transformer en un choc émotionnel intense (Silverio et al., 2022). Selon Silverio et al. (2022), l'origine de ce choc est la confrontation brutale entre la projection d'un enfant attendu et la réalité médicale. Le choc peut se manifester par de la tristesse, du désarroi, voire une détresse marquée, d'autant plus que la grossesse est investie symboliquement très en amont (Silverio et al., 2022).

L'incertitude diagnostique apparaît par ailleurs comme un déterminant central de l'intensification de la souffrance psychique. Les résultats échographiques non conclusifs et les délais d'attente prolongés peuvent maintenir les femmes dans un état d'« entre-deux » particulièrement éprouvant, parfois vécu comme plus difficile qu'un diagnostic explicite, car il entrave simultanément l'espoir et le processus de deuil (Silverio et al., 2022).

Certaines femmes évoquent également un sentiment de culpabilité. En l'absence d'identification claire de la cause de la fausse couche, de nombreuses idées reçues persistent et conduisent certaines à s'attribuer la responsabilité de la perte (Quenby et al., 2021). Cette culpabilité peut perdurer malgré l'absence de responsabilité objective, s'inscrivant dans un contexte socioculturel où le devenir de la grossesse est implicitement corrélé aux comportements maternels (Silverio et al., 2022).

Enfin, les répercussions psychologiques de la fausse couche, notamment l'anxiété persistante et les symptômes dépressifs, sont susceptibles de s'inscrire dans la durée bien au-delà de la phase aiguë, soulignant la nécessité d'un accompagnement émotionnel attentif, continu et adapté aux besoins des femmes concernées (Quenby et al., 2021 ; Silverio et al., 2022).

3.1.5. Avantages et critiques des EPU

Les EPU apparaissent globalement comme des structures fortement valorisées par les femmes qui y ont recours. Dans l'étude qualitative de Hall et al. (2021), menée auprès de 38 femmes ayant fréquenté 26 unités au Royaume-Uni, les participantes décrivent les EPU comme un service « nécessaire », « précieux » et procurant un réel sentiment de réassurance face aux complications du début de grossesse (p. 2118). Plusieurs femmes n'ont d'ailleurs formulé aucune critique, soulignant la qualité de l'accueil et du suivi.

Un premier avantage majeur des EPU réside dans leur spécialisation clinique. Ces unités permettent une évaluation rapide grâce à l'accès à l'échographie et à des professionnel·les formé·es. Les patientes rapportent que la rapidité d'obtention d'un diagnostic ou d'un rendez-vous diminue nettement l'angoisse liée à l'incertitude. Les auteur·ices rappellent également que les recommandations du NICE préconisent une consultation dans les 24 heures après orientation, ce qui souligne l'importance de cette réactivité (Hall et al., 2021 ; NICE, 2019).

Un second bénéfice concerne la qualité relationnelle du personnel. De nombreuses participantes décrivent les soignant·es comme bienveillant·es, empathiques et compétent·es, certain·es allant « au-delà » de leurs fonctions pour soutenir les patientes durant cette période difficile (Hall et al., 2021, p. 2119). L'implication des partenaires dans les décisions de soins est également citée comme un élément positif lorsqu'elle est proposée (Hall et al., 2021).

Les EPU semblent aussi favoriser l'autonomie décisionnelle des femmes. Hall et al. (2021) montrent que les patientes valorisent fortement leur participation aux décisions thérapeutiques. Ce constat est renforcé par l'étude rétrospective de Woo et al. (2020), comparant des patientes vues aux urgences à celles suivies en EPU au Canada. Les femmes évaluées aux urgences présentaient une probabilité accrue de 52 % d'opter pour une intervention chirurgicale plutôt que pour un traitement expectatif ou médical ($p = 0,004$). Elles avaient également une probabilité augmentée de 41 % de recourir finalement à la chirurgie ($p = 0,006$). Les auteur·ices concluent ainsi que les EPU favorisent davantage les traitements conservateurs, lorsqu'ils sont cliniquement possibles.

Cette différence s'explique notamment par la présence d'un suivi structuré, souvent difficile à organiser dans un service d'urgence. Dans l'EPU étudiée par Woo et al. (2020), les infirmier·ères assurent des appels de contrôle, l'organisation des bilans biologiques, les échographies et la surveillance des symptômes après traitement médical. Cette continuité rassure les patientes et facilite le choix d'une option non invasive.

Un autre bénéfice fréquemment rapporté concerne le soutien émotionnel. Woo et al. (2020), citant Rhone et al. (2012), indiquent que les patientes identifiaient l'accompagnement psychologique, les informations reçues et les compétences du personnel comme les principales forces des EPU. En s'appuyant sur les travaux de Wieringa-De Waard et al. (2002), les auteurs suggèrent également qu'en favorisant les traitements conservateurs et le choix éclairé, les EPU pourraient contribuer à une meilleure santé mentale après une fausse couche (Woo et al., 2020).

Sur le plan organisationnel, plusieurs travaux mentionnés par Woo et al. (2020) montrent également une réduction des passages aux urgences, des durées de séjour parfois plus courtes et des économies de coûts grâce aux EPU. Ces structures permettent de rediriger des situations stables vers un circuit plus adapté que les urgences générales (Woo et al., 2020).

Cependant, à côté de cette appréciation globalement favorable, plusieurs critiques organisationnelles et humaines sont mises en évidence. L'une des plus fréquentes concerne les difficultés d'accès : horaires restreints, fermeture le week-end, délais de rendez-vous, contraintes professionnelles ou familiales, difficultés de transport et de stationnement (Hall et al., 2021). Les femmes suivies dans des unités fermées le week-end rapportaient plus souvent des obstacles pour obtenir une consultation rapide (Hall et al., 2021). Dans l'étude canadienne, l'EPU était uniquement ouverte du lundi au vendredi de 8h à 16h30 et les personnes consultant hors de ces plages horaires devaient d'abord passer par les urgences (Woo et al., 2020).

Les participantes soulignent aussi une communication insuffisante (Hall et al., 2021). Certaines expliquent avoir reçu peu d'informations sur la cause des symptômes, la conduite à tenir, les options thérapeutiques ou les suites attendues, telles que les saignements, la douleur, les délais avant une nouvelle grossesse ou les ressources de soutien disponibles (Hall et al., 2021). Hall et al. (2021) notent que cette insatisfaction était particulièrement marquée chez les femmes ayant un parcours diagnostic complexe ou nécessitant une intervention.

Une autre critique importante touche à la sensibilité du parcours de soins, notamment en cas de fausse couche. Plusieurs femmes ont mal vécu la proximité des EPU avec les maternités, le fait de croiser des femmes enceintes ou des nouveau-nés, ou encore de devoir annoncer publiquement une perte de grossesse à l'accueil. Les auteurs recommandent donc une séparation physique, ou au minimum organisationnelle, entre les espaces consacrés aux grossesses évolutives et ceux accueillant les complications du premier trimestre (Hall et al., 2021).

Le manque de continuité après la consultation constitue également une faiblesse récurrente. Certaines patientes indiquent que leur médecin généraliste n'avait pas été informé de la fausse couche, ou qu'aucune orientation claire vers un soutien psychologique n'avait été proposée. Or, les conséquences psychiques d'une perte de grossesse peuvent être importantes et justifient une meilleure coordination après la consultation (Hall et al., 2021).

Enfin, van den Berg et al. (2022) montrent qu'il subsiste une hétérogénéité des pratiques à travers les différentes structures. L'adhésion aux indicateurs de qualité reste incomplète, suggérant un manque de standardisation dans l'application des recommandations et une

variabilité persistante dans la mise en œuvre des pratiques, pouvant limiter l'homogénéité de la qualité des soins entre établissements.

3.2. La profession de sage-femme en Belgique

3.2.1. Origine et évolutions de la profession

Bien avant l'apparition de structures médicales, l'accompagnement de la grossesse, de la naissance et des suites de couches relevaient d'un savoir féminin empirique, intimement lié à la vie communautaire et familiale (Faniel, 2013). Dans l'Antiquité, notamment en Égypte et en Grèce, se manifeste une première forme de professionnalisation des sages-femmes. Ces dernières détiennent un savoir empirique et occupent une place centrale dans l'accompagnement de la naissance, dans un cadre exclusivement féminin, souvent ritualisé et imprégné de croyances religieuses (Clesse et al., 2018).

Cependant, la période grecque introduit un tournant conceptuel : l'accouchement est progressivement interprété comme un phénomène pathologique, ouvrant la voie à une théorisation médicale et à l'implication progressive de la sphère savante masculine (Clesse et al., 2018).

Au Moyen Âge, les connaissances obstétricales stagnent sous l'influence des restrictions religieuses de l'Église. L'accouchement reste essentiellement domestique et est assuré par des matrones ou des sages-femmes peu formées, dont les pratiques mêlent savoirs empiriques, rituels et superstitions (Clesse et al., 2018).

Le XIIIe siècle voit l'essor des médecins et des chirurgiens, détenteurs d'un savoir théorique valorisé et progressivement légitimé par les universités naissantes. Cela modifie les rapports de légitimité. Les savoirs féminins, principalement transmis à l'oral et fondés sur l'expérience, sont alors dévalorisés face à un savoir savant masculin, écrit et académique (Clesse et al., 2018).

Par ailleurs, dans les situations d'accouchement difficile, les matrones peuvent désormais faire appel à des barbiers ou chirurgiens, ce qui introduit progressivement ces derniers dans la sphère de la naissance. Ce recours, initialement exceptionnel, devient un point d'entrée permettant aux praticiens masculins de revendiquer une compétence spécifique

dans la gestion des complications, et donc une certaine supériorité technique (Clesse et al., 2018).

Le XIXe siècle constitue un tournant majeur dans le développement de la médecine et de l'hôpital moderne. L'accouchement devient progressivement un acte médical. Les médecins, exclusivement des hommes à cette époque, investissent le champ de l'obstétrique et revendiquent une expertise scientifique supérieure à celle des sages-femmes. Le savoir empirique de celles-ci est déconsidéré, les transmissions féminines liées à la naissance sont peu à peu qualifiées de superstitions ou de pratiques dépassées (Faniel, 2013). Les sages-femmes sont alors placées sous tutelle médicale, dans une hiérarchie professionnelle dominée par les hommes, ce qui transforme profondément leur autonomie et leur identité professionnelle (Clesse et al., 2018).

Les premières formations de sage-femme reconnues apparaissent dans les années 1830 en Belgique (Faure, 2020). À cette époque, les sages-femmes exercent encore principalement à domicile (Faure, 2020). C'est dans la deuxième moitié du XXe siècle que la tendance change : les accouchements se font dorénavant majoritairement à l'hôpital. Les sages-femmes cèdent une grande partie de leur autonomie aux médecins, qu'elles assistent durant le travail et l'accouchement (Faniel, 2013 ; Faure, 2020).

Faure (2020) explique que la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement conjuguée au développement technologique a contribué à fragiliser la profession de sage-femme. Elle soutient que lorsque l'accouchement hospitalier est devenu la norme, les conditions de travail des sages-femmes ont changé (notamment par l'accompagnement simultané de plusieurs patientes, l'introduction systématique de l'analgésie péridurale, la surveillance des monitorings fœtaux…), ce qui a conduit à une diminution de l'autonomie professionnelle. Or, toujours selon Faure (2020), l'autonomie constitue un critère fondamental de toute profession, notamment dans la reconnaissance de celle-ci.

Depuis 1967, l'Arrêté royal n°78 du 10 novembre relatif à l'exercice des professions des soins de santé reconnait la dimension médicale de la profession de sage-femme. Les sages-femmes se distinguent alors des autres professions paramédicales, telles que les infirmier·ères, car elles peuvent poser un diagnostic et réaliser des actes techniques relevant de l'art de guérir en toute autonomie.

Dans la pratique cependant, les sages-femmes ont longtemps été assimilées aux infirmier·ères. Cela est renforcé par l'intitulé de la profession. Jusqu'en 1993, en communauté française, il est nécessaire d'être infirmier·ère avant de se spécialiser en obstétrique. C'est au terme des trois années d'études d'infirmier·ères et de la spécialisation d'un an qu'est délivré le titre d'«infirmière accoucheuse » (Faure, 2020 ; Koller et Vanpee, 2024). En Flandre, la formation de sage-femme est proposée depuis 1997–1998 comme une filière distincte de celle des soins infirmiers. Seules les sages-femmes ayant obtenu leur diplôme avant le 1 octobre 2005 restent assimilées aux infirmier·ères (Pacolet et al., 2014).

Dans les structures hospitalières, les sages-femmes sont placées sous des lignes hiérarchiques paramédicales, alors même qu'elles exercent des actes relevant de l'art de guérir. Il existe encore un décalage important entre l'autonomie reconnue juridiquement et la réalité du terrain (Faure, 2020).

En Belgique francophone, la profession ne retrouve officiellement l'appellation de « sage-femme » qu'en 2006. Ce n'est toutefois qu'à partir de 2015 que, pour les étudiant·es entamant leur formation, le diplôme de sage-femme se distingue de manière définitive de celui des infirmier·ères (Faure, 2020).

3.2.2. Formation des sages-femmes

La directive du Parlement européen et du Conseil (2005) relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles prévoit que le titre de sage-femme bénéficie d'une reconnaissance automatique dans l'ensemble des États membres. Cela étant soumis à un certain nombre de conditions, telle qu'une durée minimale de trois années d'études. Il y a dans les faits une grande disparité dans les propositions de formation entre les différents États membres.

Dans le contexte belge, caractérisé par une organisation fédérale, l'enseignement relève des compétences communautaires (Service Public Fédéral Belge, 2026). En Fédération Wallonie-Bruxelles, c'est le décret du Ministère de la Communauté française (2016) qui a établi le bachelier sage-femme sur une durée de quatre années, correspondant à 240 crédits ECTS. En Flandre, la formation de sage-femme est soumise au décret de l'Autorité flamande (2013). Celui-ci fixe toutes les formations de bachelier à 180 crédits ECTS, soit une durée de trois années.

Il n'existe qu'un seul établissement d'études supérieures en Communauté germanophone, et celui-ci ne propose pas de formation de sage-femme (Service public de Wallonie, 2026).

3.2.3. Reconnaissance actuelle de la profession

La place des sages-femmes dans le paysage mondial de la santé a connu de nombreuses évolutions (WHO, 2025). Les sages-femmes bénéficient d'une reconnaissance institutionnelle croissante de leur rôle essentiel dans l'amélioration de la santé maternelle et néonatale (WHO, 2025). Cette dynamique a été symboliquement renforcée lorsque l'Organisation mondiale de la Santé a proclamé l'année 2020 « année internationale du personnel infirmier et des sages-femmes » (Al-Mandhar, 2020, paragr. 1), soulignant leur contribution déterminante à la réalisation des objectifs de santé publique à l'échelle mondiale.

Dans une perspective d'amélioration des résultats en matière de santé et de bien-être des mères et des nouveau-nés, et afin de progresser vers la couverture sanitaire universelle, l'Organisation mondiale de la santé soutient activement la transition vers des modèles de soins centrés sur la pratique sage-femme (midwifery models of care). Cette transition désigne un processus de réorientation des systèmes de santé, s'éloignant des approches actuellement dominantes, caractérisées par leur fragmentation et leur focalisation sur le risque, au profit de modèles dans lesquels les femmes et les nouveau-nés bénéficient, de la période préconceptionnelle jusqu'au post-partum, de soins équitables, centrés sur la personne, respectueux, intégrés et de haute qualité. Ces soins sont assurés et coordonnés par des sages-femmes, exerçant au sein d'équipes interdisciplinaires collaboratives (WHO, 2024, 2025).

L'OMS formule des constats qui reposent sur un corpus particulièrement robuste de données, incluant notamment 461 revues Cochrane rassemblées dans la série « Midwifery » du Lancet, ainsi qu'une étude portant sur plus d'un million de femmes dans 114 pays. Ces travaux mettent en évidence l'impact majeur des interventions réalisées par les sages-femmes sur la santé maternelle et néonatale. Ainsi, il est estimé que plus de 60 % des décès maternels et néonataux, ainsi que des mortinaissances, pourraient être évités d'ici 2035 grâce à une couverture universelle des interventions relevant du champ de compétence des sages-femmes (WHO, 2024).

Par ailleurs, une revue systématique incluant plus de 18 000 femmes met en évidence les bénéfices spécifiques des modèles assurant une continuité des soins par une même sage-femme. Comparativement à d'autres modes d'organisation des soins, ces modèles sont associés à une probabilité accrue d'accouchement spontané par voie basse ainsi qu'à une expérience de naissance plus positive, tout en réduisant le recours à certaines interventions obstétricales telles que l'épisiotomie, les extractions instrumentales ou les césariennes (WHO, 2024).

L'OMS reconnaît également le rôle essentiel des sages-femmes dans les situations de perte périnatale. En cas de fausse couche, de mortinaissance ou de décès néonatal, elles contribuent, en collaboration avec les autres professionnel·les de santé, à offrir un accompagnement de deuil adapté aux besoins spécifiques de la femme et de son ou sa partenaire (WHO, 2024).

En plus d'améliorer significativement la santé physique, ce modèle influence également de manière significative l'expérience subjective des femmes. La continuité du suivi par une même sage-femme est associée à une amélioration notable de la satisfaction et du vécu des soins tout au long de la grossesse et de l'accouchement. Elle favorise l'adhésion aux suivis, renforce la confiance envers les systèmes de santé et encourage le recours aux professionnel·les qualifié·es (WHO, 2024).

Cette amélioration de l'expérience repose en grande partie sur la qualité de la relation établie entre la femme et la sage-femme. Celle-ci est décrite comme une relation de confiance, caractérisée par la proximité et la continuité. Dans ce contexte, les femmes sont pleinement impliquées dans les processus décisionnels : elles se sentent écoutées, comprises et respectées, et développent à la fois une confiance accrue dans les compétences des sages-femmes et dans leurs propres capacités (WHO, 2024).

Dans cette même dynamique, la Confédération internationale des sages-femmes (ICM) inscrit le renforcement de la profession de sage-femme au cœur de ses priorités stratégiques mondiales. Parmi les priorités de l'ICM pour la période 2024-2026, il y a la promotion de la sage-femme comme une profession autonome, en insistant sur la reconnaissance institutionnelle (ICM, 2024).

L'ICM (2024) met également l'accent sur la nécessité d'encourager les États à adopter

des modèles de soins dispensés par des sages-femmes. Elle y fait le même constat que l'OMS : les données accumulées au cours des dernières décennies démontrent que ces modèles améliorent significativement les indicateurs de santé maternelle et néonatale, renforcent la satisfaction des femmes et favorisent une utilisation plus efficiente des ressources de santé, en particulier pour les grossesses à bas risque. Selon elle, la continuité relationnelle, organisationnelle et clinique constitue ainsi un levier central pour des soins respectueux, sécurisés et fondés sur les besoins des femmes (ICM, 2024).

La troisième priorité stratégique de l'ICM porte sur le développement de partenariats solides afin de soutenir des actions de plaidoyer et de communication plus ciblées, centrées sur l'impact positif des modèles de continuité des soins par les sages-femmes sur la santé des mères et des nouveau-nés. Selon l'ICM, la participation aux soins obstétricaux et néonataux par les sages-femmes ne peut en effet être envisagée sans une collaboration étroite entre les différent·es professionnel·les de santé impliqué·es, les décideur·euses politiques, les institutions de formation et les organisations de la société civile. Travailler de manière concertée à l'échelle locale, nationale et mondiale apparaît comme une condition essentielle pour consolider les modèles de soins par les sages-femmes, accroître leur reconnaissance sociale et politique, et soutenir une évolution durable des systèmes de santé vers des approches plus équitables, intégrées et centrées sur les femmes (ICM, 2024 ; WHO, 2025).

En Belgique, le cadre juridique répond globalement aux critères identifiés par l'OMS et l'ICM en matière de reconnaissance et d'autonomie professionnelle des sages-femmes. La profession est réglementée, les sages-femmes bénéficient d'une formation conforme aux standards européens et disposent d'un fondement légal leur permettant d'exercer de manière autonome dans l'ensemble du champ de la physiologie, notamment en ce qui concerne le suivi de la grossesse normale, l'accouchement eutocique et les soins postnataux (CSFS, 2016).

Ce cadre inclut également la possibilité de prescrire de manière autonome certains médicaments, telle que définie par l'Arrêté royal du 28 mars 2014 modifiant l'article 9 a) de l'annexe de l'Arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Ce même Arrêté royal (2014b) leur garantit également l'accès à un numéro d'identification INAMI spécifique, confirmant leur reconnaissance comme dispensateur·rices de soins à part entière.

Malgré un cadre légal formellement conforme aux standards internationaux, la pratique sage-femme en Belgique ne se déploie pas pleinement dans les faits. À l'échelle mondiale, l'ICM souligne que les sages-femmes sont en mesure d'assurer de façon autonome environ 90 % des besoins en soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et néonatale, mais qu'elles ne représentent que moins de 10 % de la force professionnelle mondiale dans ce champ (ICM, 2024). En Belgique, cette sous-mobilisation se remarque dans l'organisation des soins obstétricaux : environ 98 % des accouchements ont lieu en milieu hospitalier, principalement sous la supervision d'obstétricien·nes, ce qui limite la mise en œuvre effective de modèles de soins dirigés par les sages-femmes (Vermeulen et al., 2024).

Wauters et al. (2023) soulignent par ailleurs un manque de financement chronique de la première ligne périnatale, et en particulier des sages-femmes, au sein des choix budgétaires fédéraux. Cette sous-valorisation financière se serait accentuée au fil des réformes successives. Les sages-femmes ont notamment perdu des financements liés à l'accompagnement en salle de naissance, ont été indirectement sollicitées pour contribuer à des trajets de soins obstétricaux à bas risque sans y être pleinement intégrées et ont vu certaines prestations postnatales restreintes ou reconfigurées (Wauters et al., 2023).

3.2.4. Compétences de la sage-femme en Belgique

L'exercice de la profession de sage-femme en Belgique repose sur un cadre de compétences formalisé au niveau fédéral. Ce cadre est décrit dans le Profil professionnel et de compétences de la sage-femme belge, approuvé en 2016 par le Conseil fédéral des sages-femmes, organe consultatif du Service public fédéral Santé publique. Ce document de référence définit les compétences attendues à l'issue de la formation initiale et constitue le socle commun de la pratique professionnelle des sages-femmes sur l'ensemble du territoire belge (CFSF, 2016).

Le document précise que les compétences s'appuient simultanément sur le référentiel de compétences intégré interréseaux en bachelier sage-femme, également traduit en néerlandais. Cette référence garantit une équivalence des exigences de formation et des attendus professionnels, indépendamment de la langue d'enseignement (CFSF, 2016).

Compétence 1 : Surveiller la grossesse physiologique, le travail et le post-partum

Cette compétence constitue le cœur identitaire de la profession. Elle renvoie à la capacité de la sage-femme à diagnostiquer, accompagner, surveiller et promouvoir les processus physiologiques tout au long du continuum périnatal, depuis la préconception jusqu'à la petite enfance. Dans les situations normales, la sage-femme agit de manière autonome en mobilisant une démarche clinique complète, fondée sur des connaissances approfondies en obstétrique, gynécologie, néonatologie et pharmacologie. Cette compétence inclut la conduite autonome de l'accouchement eutocique, la prescription d'examens et de médicaments dans le cadre légal, ainsi que le soutien et l'accompagnement de l'allaitement maternel ou artificiel selon le choix éclairé de la femme (CFSF, 2016).

Compétence 2 : Évaluateur·ice des situations à risque

La sage-femme est formée à reconnaître précocement les écarts à la physiologie et à évaluer de manière continue les risques potentiels ou avérés chez la femme et l'enfant. Cette compétence repose sur l'analyse clinique, l'interprétation de données biologiques et l'identification de signes de complications. Elle implique la capacité d'initier des mesures adaptées, de solliciter une collaboration médicale si nécessaire et, en situation d'urgence, d'assurer des actes essentiels dans l'attente d'une aide spécialisée, notamment en néonatologie ou en obstétrique (CFSF, 2016).

Compétence 3 : Collaborateur·ice dans le cas de pathologies

Lorsque la situation sort du champ de la physiologie, la sage-femme intervient en étroite collaboration avec les médecin·es et les autres professionnel·les de la santé. Cette compétence reflète sa capacité à adapter le suivi, à participer aux décisions médicales et à dispenser des soins appropriés dans le cadre de la grossesse, de la naissance ou de la périodes postnatale à risque, ainsi que dans les domaines de la fertilité, de la gynécologie et de la néonatologie pathologique. Elle inclut également l'accompagnement des parents confrontés à des situations complexes ou à des issues défavorables, dans une perspective de continuité et de qualité des soins (CFSF, 2016).

Compétence 4 : Gardien·ne de la situation psychosociale

La sage-femme prend en compte les personnes soignées dans leur environnement

familial, psychosocial, culturel et sociétal. Cette compétence recouvre la capacité à identifier les vulnérabilités psychosociales, à soutenir le lien parent-enfant et à reconnaître les situations de crise ou de précarité. Elle implique une posture relationnelle basée sur le respect de la diversité, l'écoute et la non-discrimination, ainsi que l'orientation vers des ressources adaptées lorsque la situation nécessite un accompagnement spécifique (CFSF, 2016).

Compétence 5 : Promoteur·rice de la santé

La sage-femme joue un rôle actif dans la prévention et la promotion de la santé. Cette compétence inclut l'information, le conseil et la sensibilisation des jeunes, des femmes et des couples, notamment en matière de planification familiale, de santé préconceptionnelle et de comportements favorables à la santé. Elle repose sur une approche proactive visant à renforcer les capacités des personnes à agir sur leur propre santé, dans une perspective individuelle et de santé publique (CFSF, 2016).

Compétence 6 : Membre d'une équipe de soins, communication et coordination

La continuité et la qualité des soins périnataux reposent sur une collaboration interdisciplinaire efficace. Cette compétence traduit la capacité de la sage-femme à communiquer de manière professionnelle, tant à l'oral qu'à l'écrit, à coordonner les interventions et à s'inscrire dans les réseaux de soins existants. Elle implique la connaissance du système de santé, le respect des compétences des autres professionnel·les et la capacité à organiser et superviser le parcours de soins de manière cohérente et sécurisée (CFSF, 2016).

Compétence 7 : Gardien·ne du cadre juridique et du code de déontologie

La sage-femme exerce sa profession dans un cadre éthique et légal strict. Cette compétence renvoie à la connaissance et à l'application de la législation, du code de déontologie et du secret professionnel. Elle implique également une réflexion éthique continue, afin de soutenir des décisions respectueuses des droits de la femme et de l'enfant, tout en tenant compte des dilemmes moraux pouvant émerger dans la pratique clinique (CFSF, 2016).

Compétence 8 : Promoteur·rice de la qualité

La sage-femme est responsable de la qualité et de la sécurité des soins qu'elle dispense.

Cette compétence inclut l'évaluation critique des pratiques, l'intégration des normes de qualité et la participation à des projets d'amélioration et d'innovation. Elle suppose une capacité d'analyse, de gestion et de participation à la politique de soins au sein des institutions ou en pratique extrahospitalière (CFSF, 2016).

Compétence 9 : Dispensateur·ice de soins étayés scientifiquement

La pratique sage-femme s'inscrit dans une démarche fondée sur les données probantes. Cette compétence renvoie à la capacité d'intégrer les résultats de la recherche scientifique dans les soins, de participer à des projets de recherche et de contribuer à la diffusion des connaissances. Elle est directement liée à la formation de bachelier, qui développe l'esprit critique et la compréhension des fondements scientifiques de la pratique (CFSF, 2016).

Compétence 10 : Coach

La sage-femme assume un rôle de transmission et de modèle professionnel auprès des étudiant·es et des collègues. Cette compétence inclut l'accompagnement pédagogique, la formulation de retours constructifs et la contribution au développement des compétences au sein de l'équipe. Elle participe à la pérennisation de soins de qualité et à la professionnalisation continue de la discipline (CFSF, 2016).

Compétence 11 : Praticien·ne professionnel·le

La sage-femme est engagée dans une démarche de développement professionnel continu. Cette compétence renvoie à la capacité de réflexion critique sur sa pratique, à l'élaboration d'un plan de formation continue et à l'implication dans les organisations professionnelles. Elle garantit l'actualisation des compétences tout au long de la carrière, conformément aux exigences légales et déontologiques (CFSF, 2016).

4.Discussion

L'objectif principal de ce travail est de réfléchir à la plus-value apportée par la sage-femme au sein des Early Pregnancy Units en Belgique grâce à ses compétences spécifiques. Afin de répondre à cette problématique, la partie théorique s'est d'abord attachée à décrire le modèle des EPU, leurs modes de fonctionnement et leurs objectifs, ainsi que les données actuelles démontrant leur pertinence dans l'accompagnement des femmes consultant au premier trimestre pour des douleurs pelviennes, des métrorragies, des fausses couches et des grossesses ectopiques, molaires ou de localisation indéterminée. Une attention particulière a également été portée aux besoins exprimés par les femmes confrontées à ces complications précoces de la grossesse, tels que mis en évidence dans la littérature scientifique. Nous avons ainsi répondu à notre premier objectif, à savoir « décrire le concept d'Early Pregnancy Unit, son émergence et ses modalités d'organisation ».

Dans un second temps, ce travail a proposé un éclairage sur la profession de sage-femme en Belgique, en retraçant son évolution historique et en explicitant les balises juridiques et professionnelles qui encadrent actuellement son exercice ; cela dans le but de mieux comprendre les compétences reconnues aux sages-femmes et les marges de manœuvre dont elles disposent dans différents contextes de soins. Cette partie nous a permis de commencer à répondre à notre deuxième objectif : « examiner les compétences professionnelles de la sage-femme belge et interroger l'adéquation de ces compétences aux besoins spécifiques d'une EPU ».

La présente discussion s'inscrit donc dans la continuité de ces éléments théoriques. Elle doit nous permettre de confronter les réalités des EPU aux compétences des sages-femmes en Belgique en identifiant les limites éventuelles de leur champ d'exercice. Nous allons également réfléchir à la contribution spécifiques de la sage-femme dans ce cadre de soin. Interroger cela devrait nous permettre de répondre à notre question de recherche, mais également d'envisager des perspectives d'avenir.

4.1. Regards croisés sur les soins en EPU

Dans cette première section, nous avons cherché à mettre en regard d'une part les études adoptant le point de vue des professionnel·les de la santé sur les EPU et d'autre part celles s'intéressant au vécu des femmes ayant bénéficié de soins au sein de ces structures.

4.1.1. Recommandations des professionnel·les

Comme exposé précédemment dans ce travail, l'une des difficultés majeures identifiée dans cette recherche documentaire réside dans l'importante hétérogénéité des pratiques observées entre les différentes EPU. Comme décrit plus haut, il existe des disparités au sein même dans la région de Bruxelles-Capitale. Dans le cadre de ce travail, la plus significative concerne la présence dans certaines structures de sages-femmes au sein de l'équipe, alors que d'autres n'en disposent pas.

Ces différences peuvent s'expliquer en partie par le peu de recommandations spécifiques aux EPU. C'est en tout cas ce qui est mis en évidence dans la littérature, notamment à travers plusieurs travaux du docteur van den Berg et de ses collaborateur·ices.

À la suite de la création de la première EPU aux Pays-Bas en 2008, van den Berg et al. ont mis en évidence plusieurs bénéfices associés à ce modèle organisationnel, notamment une réduction des coûts, une diminution du recours aux interventions chirurgicales et médicamenteuses, ainsi qu'une amélioration globale de l'efficience des parcours de soins pour les femmes concernées (van den Berg et al., 2015). Ces résultats, déjà développés dans le cadre théorique de ce travail, ont par la suite été largement repris et diffusés dans la littérature scientifique internationale consacrée aux EPU.

Dans un second temps, faisant constat de l'absence de standards formalisés et consensuels permettant d'évaluer la qualité des EPU, van den Berg et al. ont entrepris l'élaboration de critères de qualité spécifiquement dédiés à ces unités. Pour cela, les auteur·ices ont eu recours à une méthodologie de consensus de type Delphi[1].

Dans une première étape, quatre sources internationales de recommandations ont été

[1] La méthode Delphi est un outil structuré de recherche et d'aide à la décision visant à construire un consensus entre expert·es indépendant·es autour de scénarios ou d'orientations futures, utilisé pour favoriser une vision et une culture commune (Delvenne, 2020)

exploitées, émanant de trois associations britanniques : l'Association of Early Pregnancy Units (AEPU), le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) et le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), ainsi que du New South Wales Ministry of Health, en Australie. Toutes les recommandations relatives aux EPU et aux complications du début de grossesse en ont été extraites, puis regroupées et classées en quatre catégories couvrant les différentes dimensions des soins en EPU : celles relatives aux patient·es, aux médecin·es, aux processus cliniques et aux aspects organisationnels (van den Berg et al., 2020).

Un panel international composé de onze gynécologues spécialisé·es dans les complications de début de grossesse a ensuite été consulté. À l'issue de plusieurs cycles successifs d'évaluations quantitatives et qualitatives, les expert·es sont parvenu·es à un consensus aboutissant à l'identification de dix-neuf indicateurs de qualité. Ces derniers ont ensuite été reformulés afin de permettre leur utilisation dans l'évaluation des EPU (van den Berg et al., 2020).

En examinant les indicateurs de qualité proposés, il nous apparaît que leur répartition au sein des quatre catégories précédemment mentionnées est nettement déséquilibrée. En effet, quinze des dix-neuf indicateurs sont classés par les auteur·ices comme relevant des processus cliniques et de l'organisation des services. Les quatre autres concernent des dimensions directement liées aux personnes impliquées dans la relation de soin, à savoir les patient·es et les professionnel·les de santé (van den Berg et al., 2020).

Parmi les indicateurs relatifs aux patient·es figure l'exigence selon laquelle les femmes orientées vers une EPU doivent être reçues dans des délais rapides, ainsi que celle d'une information claire et explicite concernant les différentes options thérapeutiques. Les indicateurs portant sur les professionnel·les de santé se limitent quant à eux à la désignation d'un·e responsable senior pour l'unité et à l'obligation pour le personnel d'avoir suivi une formation reconnue en échographie (van den Berg et al., 2020).

Selon nous, cette distribution met en évidence une conception de la qualité essentiellement centrée sur l'organisation des soins et l'encadrement technique des pratiques biomédicales. Les dimensions relationnelles et émotionnelles, pourtant centrales dans

l'expérience des femmes, nous semblent insuffisamment intégrées à cette définition de la qualité.

Cette même vision de la qualité est selon nous confirmée par plusieurs études uniquement centrée sur les bénéfices économiques et organisationnels des EPU (Hughton et al., 2025 ; Pinnaduwage et al., 2018).

4.1.2. Croiser le regard des femmes

Cette observation nous a questionnée, d'autant plus qu'elle contraste avec les résultats d'études qualitatives centrées sur l'expérience des femmes. Nous avons dès lors choisi de confronter les résultats de l'étude de van den Berg et al. (2020) avec deux travaux : l'étude de Hall et al. (2021), menée auprès de 38 femmes ayant fréquenté 26 EPU au Royaume-Uni, et celle de Norton et Furber (2018), réalisée auprès de 10 participantes. Toutes deux permettent de mettre en évidence un décalage entre les priorités définies par les professionnel·les de santé et celles exprimées par les femmes concernées.

L'étude de Hall et al. (2021) offre un aperçu du vécu des femmes ayant consulté une EPU. Elle se distingue par le fait qu'elle ne s'inscrit pas dans une logique d'évaluation fondée sur les économies réalisées ou l'efficience organisationnelle. Elle met au contraire au premier plan l'expérience subjective des femmes et identifie plusieurs axes d'amélioration indépendants des parcours cliniques ou des diagnostics posés.

Les résultats montrent que, pour les femmes interrogées, la qualité des soins en EPU ne se réduit ni à l'accès aux examens diagnostiques ni à la seule sécurité biomédicale. Elle repose avant tout sur des dimensions relationnelles, informationnelles et émotionnelles. La qualité de l'écoute, la clarté et l'adaptation de l'information délivrée, ainsi que la continuité des échanges avec les équipes apparaissent comme des éléments centraux de l'expérience vécue. Dans les deux études, les femmes expriment en particulier un besoin de comprendre leur situation, les options possibles et les suites attendues, sans avoir à recourir à des recherches complémentaires par leurs propres moyens (Hall et al., 2021 ; Norton et Furber, 2018).

Cette dimension informationnelle est bien présente dans les travaux de van den Berg et al. (2020), comme en témoigne l'existence d'un indicateur relatif à la délivrance d'explications claires aux patientes au sein de leur panel d'expert·es.

Un autre axe central mis en évidence par l'étude de Hall et al. (2021) concerne la reconnaissance explicite de la perte potentielle ou avérée, de l'incertitude vécue et de la valeur symbolique attribuée à la grossesse, indépendamment de son terme. Cette reconnaissance apparaît comme un déterminant majeur de la qualité perçue des soins. Plusieurs participantes rapportent en effet un manque d'empathie ou de sensibilité lors de certaines interactions, en particulier au moment des examens échographiques, décrits comme des temps de grande vulnérabilité émotionnelle. Des attitudes perçues comme froides, expéditives ou excessivement techniques ont pu être interprétées comme une minimisation de l'expérience vécue, renforçant le sentiment que leur situation n'était ni pleinement comprise ni véritablement reconnue (Hall et al., 2021).

Dans les deux études, les femmes soulignent l'importance de conditions favorisant la confidentialité, l'intimité et la dignité, en particulier dans les situations de perte de grossesse (Hall et al., 2021 ; Norton et Furber, 2018). Parmi les dix-neuf indicateurs de qualité identifiés par van den Berg et al. (2020), celui stipulant qu'un espace dédié doit être prévu afin de permettre la transmission discrète d'informations sensibles est celui qui se rapproche le plus d'une reconnaissance institutionnelle de ces besoins.

Toutefois, l'indicateur tel qu'il est formulé demeure, selon nous, insuffisant au regard des attentes exprimées par les femmes. Dans le sens où selon les femmes interrogées, l'intimité ne se réduit pas à la seule séparation des espaces. Dans l'étude de Norton et Furber (2018), les femmes décrivent des espaces perçus comme impersonnels, peu propices à l'intimité, ainsi que des interactions inégales selon les professionnel·les rencontrés. Comme dans l'étude de Hall et al. (2021), où la qualité perçue des soins apparaît liée à la disponibilité, l'empathie et la reconnaissance de la souffrance vécue. Selon ces deux études, la qualité de la relation instaurée au moment de cette annonce a toute son importance (Hall et al., 2021 ; Norton et Furber, 2018).

Enfin, Norton et Furber (2018) abordent les difficultés rencontrées par les femmes après leur sortie de l'EPU. Elles mentionnent en particulier l'accompagnement émotionnel et la

continuité du soutien. Les participantes décrivent un sentiment de rupture une fois l'épisode aigu terminé, avec peu de relais structurés vers des ressources de soutien psychologique ou communautaire. Ce constat rejoint directement les résultats de Hall et al. (2021), qui soulignent l'insuffisance de l'accompagnement après la fausse couche, notamment en ce qui concerne la santé mentale.

Pris ensemble, ces travaux qualitatifs mettent en évidence une convergence des témoignages des femmes quant aux déterminants de la qualité des soins en EPU. Ils montrent que pour les femmes, la qualité perçue repose de manière centrale sur la qualité de l'information, la reconnaissance du vécu émotionnel et la continuité de l'accompagnement.

4.1.3. Limites de cette comparaison

Si la mise en regard des recommandations élaborées par les professionnel·les de santé et des travaux qualitatifs centrés sur le vécu des femmes nous permet de mettre en lumière l'écart présent entre les deux, cette comparaison comporte néanmoins plusieurs limites.

Les études mobilisées s'appuient sur des démarches méthodologiques très différentes, ce qui réduit la possibilité d'une comparaison directe. Les travaux de van den Berg et al. (2020) visent à définir des indicateurs de qualité standardisés et applicables à l'ensemble des EPU, à partir d'un consensus d'expert·es. À l'inverse, les études de Hall et al. (2021) et de Norton et Furber (2018) s'inscrivent dans une approche qualitative dont l'objectif principal est de décrire et de comprendre l'expérience vécue des femmes, telle qu'elles la formulent elles-mêmes.

Nous avons également relevé les différences dans la composition des groupes de participant·es. Du côté des recommandations, le panel est constitué exclusivement de gynécologues spécialisé·es, ce qui peut expliquer cette définition de la qualité centrée sur des enjeux techniques, organisationnels et médicaux, au détriment d'autres dimensions du soin (van den Berg et al., 2020). À l'inverse, les études qualitatives mobilisées donnent la parole à un nombre restreint de femmes, inscrites dans des contextes nationaux spécifiques, ce qui limite la portée de généralisation de leurs témoignages (Hall et al., 2021 ; Norton et Furber, 2018).

Enfin, cette comparaison repose sur seulement deux études qualitatives, issues du contexte britannique. L'étude de van den Berg et al. (2020) repose sur un panel de gynécologues néerlandais, britanniques, danois et australiens. Cela invite à une certaine prudence dans la comparaison. Quant à la transférabilité des résultats à d'autres systèmes de soins, notamment au contexte belge, elle est à opérer avec prudence.

Selon nous, ces limites n'invalident pas l'intérêt de la comparaison proposée. Elles soulignent surtout la nécessité de recherches intégrant de manière conjointe les perspectives des femmes et des professionnel·les, en prenant également en compte les contraintes organisationnelles, afin de construire des référentiels de qualité plus horizontaux[2].

4.1.4. Croiser le regard des sages-femmes

Nous avons mis en évidence un écart entre les critères actuellement mobilisés pour définir la qualité des soins en EPU et les besoins exprimés par les personnes qui en bénéficient. Dans ce contexte, la mobilisation de la compétence 8, relative au rôle de la sage-femme en tant que promoteur·rice de la qualité des soins, apparaît comme une réponse particulièrement pertinente à ces discordances (CFSF, 2016).

Cette compétence implique une analyse critique de la dispensation des soins, des évolutions des pratiques professionnelles, des tendances émergentes et des connaissances scientifiques disponibles. Elle engage également la sage-femme dans une démarche active de développement, d'implémentation et d'évaluation de projets d'innovation en santé (CFSF, 2016).

La compétence 8 inscrit ainsi l'intervention de la sage-femme aux niveaux organisationnel et institutionnel. Nous pensons que le niveau de preuve existant actuellement pour soutenir le développement des EPU constitue un argument justifiant l'intérêt que les sages-femmes, en tant que promoteur·ices de la qualité, peuvent leur porter. Leur participation au développement de ces unités et à l'amélioration de la qualité des soins en EPU s'inscrit pleinement dans le champ de cette compétence, par l'évaluation critique des

[2] Par « horizontaux », nous désignons une reconnaissance non hiérarchisée des savoirs médicaux et des savoirs expérientiels des femmes (Cartron et al., 2021). Cette perspective, largement mobilisée en sociologie de la santé considère l'expérience vécue des patient·es comme une source de connaissance légitime (Cartron et al., 2021). Nous pensons qu'elle est donc susceptible de contribuer à la définition des normes de qualité au même titre que l'expertise professionnelle.

pratiques, l'adaptation des organisations de soins et l'alignement avec les données issues des connaissances scientifiques et des besoins des femmes. Cela nous permet également de faire le lien avec la compétence 9, dispensateur·ice de soins étayés scientifiquement.

4.2. La place des sages-femmes en EPU au regard de la littérature scientifique

Durant nos recherches, un nombre restreint de ressources portant spécifiquement sur le rôle exercé par les sages-femmes dans les EPU ont été identifiés. Cette rareté peut en partie relever d'une limite liée à l'exhaustivité de la recherche documentaire. En effet, malgré l'interrogation de plusieurs bases de données, il demeure possible que certaines études pertinentes n'aient pas été repérées, notamment en raison des choix opérés dans la stratégie de mots-clés ou des restrictions propres aux bases de données consultées.

Par ailleurs, malgré l'existence documentée d'EPU en Belgique, nos recherches ne nous ont pas permis de mettre en évidence de littérature belge sur le sujet.

Dans cette partie de la discussion, nous proposons de mettre en lumière l'adéquation entre les compétences des sages-femmes en Belgique et les besoins spécifiques des EPU. Nous envisagerons également une mise en perspective avec les compétences de la profession infirmière, dans la mesure où la littérature internationale souligne régulièrement leur implication dans les EPU.

4.2.1. À l'étranger

La revue australienne menée par Freeman et al. (2024) s'est spécifiquement intéressée au rôle et au champ de pratique des sages-femmes et des infirmier·ères en Australie dans les soins aigus de début de grossesse, dont les EPU.

Cette étude de portée a mis en évidence que l'organisation des soins dans les hôpitaux déterminait largement les professionnel·les impliqué·es dans l'accompagnement des femmes. En Australie, la plupart des femmes présentant des complications précoces au cours de leur grossesse sont référées vers des services d'urgences générales. Dans ces services, les soins sont généralement dispensés par des infirmier·ères, des médecins urgentistes et des gynécologues de garde. Les femmes ne rencontrent des sages-femmes que lorsqu'elles

consultent à partir de 20 semaines d'aménorrhée. Les auteur·ices soulignent cependant que cette répartition des rôles ne reflète pas nécessairement les compétences des sages-femmes, mais s'inscrit avant tout dans la continuité de la répartition historique des soins (Freeman et al., 2024).

Bien que cette analyse s'ancre dans le contexte du système de santé australien, Freeman et al. (2024) précisent que cette division des soins en début de grossesse se retrouve dans de nombreux autres pays, suggérant un phénomène international. Il nous semble d'ailleurs pertinent de considérer que cette grille de lecture pourrait également s'appliquer au contexte belge.

Cela invite à interroger la délimitation des champs de compétences en santé reproductive en Belgique. D'un côté, comme décrit dans la partie théorique de ce travail, les sages-femmes disposent d'un champ d'exercice reconnu couvrant la physiologie de la grossesse, mais également, de manière plus globale, la santé reproductive. À ce titre, leur implication dans le suivi des grossesses, y compris pathologiques, nous semble cohérente au regard de leurs compétences. D'un autre côté, les pratiques observées dans les services d'urgence suggèrent que d'autres professionnel·les, notamment les infirmier·ères, interviennent également dans ce champ. Cela soulève plusieurs questionnements : s'agit-il là d'une extension implicite de leurs compétences, d'une adaptation organisationnelle ou encore d'un chevauchement légitime des champs professionnels ?

Toutefois, il nous semble que ce questionnement relève d'un tout autre travail de recherche. Une telle analyse nécessiterait une étude comparative approfondie des référentiels de compétences, des cadres légaux et des formations des différentes professions de santé, à l'échelle nationale et possiblement internationale. Cela constituerait selon nous une perspective pertinente pour des travaux futurs, visant à mieux comprendre la répartition des rôles professionnels dans le champ de la santé reproductive féminine.

En discutant les compétences propres à chacune des professions, nous ne souhaitons pas les mettre en opposition, mais plutôt ouvrir à une réflexion sur leur complémentarité. Notre question de recherche s'intéresse à la plus-value éventuelle des sages-femme en EPU. La question « quel·les professionnel·les sont les plus à même d'assurer un accompagnement optimal des femmes en santé reproductive ? » s'impose donc selon nous tout naturellement.

4.2.2. En Belgique

En Australie, les sages-femmes demeurent encore fréquemment assimilé·es aux infirmier·ères et nombre d'entre elleux disposent d'une double formation de sage-femme et d'infirmier·ère (Freeman et al., 2024). Nous l'avons mentionné plus tôt dans ce travail, mais de manière similaire, en Belgique, les formations de soins infirmiers et de sage-femme ne sont formellement distinctes que depuis 2015 (Faure, 2020).

Lors de nos stages en Belgique et en France, nous avons pu constater un mode de fonctionnement similaire à celui décrit par Freeman et al. (2024). Les femmes consultant en urgence au premier trimestre sont accueillies par les urgences générales. À partir du deuxième trimestre, elles sont dirigées vers le bloc d'accouchement. C'est d'ailleurs ce qui est recommandé sur le site internet du CHU Brugmann (Franckx, 2026b). Nos recherches n'ont cependant pas mis en évidence de recommandations justifiant cette pratique.

Par ailleurs, les résultats de nos recherches n'ont pas permis d'identifier de recommandations explicites concernant le rôle des sages-femmes au sein des EPU. Cette absence peut selon nous être comprise, au moins en partie, à la lumière de l'origine majoritairement anglo-saxonne des ressources exploitées. Dans ces contextes, le rôle des infirmier·ères spécialisé·es en gynécologie est clairement défini et institutionnalisé, notamment dans les services d'urgences gynécologiques (NICE, 2019).

Or, aucune spécialisation infirmière équivalente n'est actuellement reconnue en Belgique, comme l'indique l'Arrêté royal du 26 février 2014 modifiant l'arrêté royal du 27 septembre 2006 établissant la liste des titres professionnels particuliers et des qualifications professionnelles particulières pour les praticiens de l'art infirmier. Par ailleurs, le profil professionnel et de compétences de l'infirmier responsable de soins généraux ne fait pas référence à la santé reproductive, à la sexualité ou à la grossesse (CFAI, 2016). Dans le contexte belge, la formation de sage-femme semble dès lors constituer l'équivalent le plus proche en termes de compétences cliniques, d'expertise en santé sexuelle et reproductive, ainsi que d'accompagnement global des personnes concernées par des situations gynécologiques, y compris en dehors du cadre strict de la physiologie.

4.2.3. Compétences cliniques et organisationnelles

La revue de Freeman et al. identifie en particulier les sages-femmes comme des professionnel·les disposant de l'expérience clinique et des compétences nécessaires pour évaluer les symptômes physiques liés au début de grossesse, fournir des conseils cliniques adaptés et assurer la coordination des parcours de soins dans des contextes marqués par l'incertitude diagnostique (Freeman et al., 2024).

Ces constats nous paraissent transposables au contexte belge au regard du référentiel de compétences des sages-femmes.

La compétence 1 reconnaît l'étendue des connaissances approfondies de la sage-femme en sciences obstétricales et gynécologiques, ainsi que sa capacité à poser un diagnostic, à assurer l'accompagnement et à exercer une surveillance adaptée tout au long de la grossesse. Elle inclut également l'aptitude à prescrire des examens complémentaires et des traitements médicamenteux, dans le respect du cadre légal (CFSF, 2016).

La compétence 2, relative à l'évaluation des situations à risque, stipule que la sage-femme est en mesure d'analyser chaque situation clinique et de détecter les risques éventuels ou les complications dans les domaines de la gynécologie, de la fertilité et de l'obstétrique, incluant explicitement le début de grossesse. À ce titre, elle détermine la nécessité d'examens complémentaires, peut les réaliser le cas échéant, interpréter les résultats obtenus et mettre en œuvre, ou relayer, les mesures appropriées lorsque la situation l'exige (CFSF, 2016).

La compétence 3 traduit sa capacité à adapter le suivi, à participer aux décisions médicales et à dispenser des soins appropriés, notamment dans les domaines de la fertilité, de la gynécologie et dans le cadre de grossesses présentant des complications. Cette compétence aborde également l'accompagnement des parents confrontés à des situations complexes ou à des issues défavorables (CFSF, 2016).

Dans ce cadre, les sages-femmes en Belgique disposent par ailleurs de certains numéros INAMI spécifiques. C'est le cas par exemple des nomenclatures relatives à l'accompagnement des fausses couches, des soins en post-partum en cas de complications ou des séances d'obstétrique prénatale en cas de grossesse à risque. L'accompagnement des fausses couches rejoint directement le sujet de ce travail, et nous permet de reconnaître

formellement la légitimité de l'intervention des sages-femmes dans ce champ en Belgique (Arrêté royal, 2014b ; Daubie, 2026).

La compétence 5, promoteur·ice de la santé, concerne les dimensions de prévention et de promotion en santé reproductive, sexuelle et périnatale. Elle implique la transmission d'informations, le conseil et la sensibilisation des femmes et des couples, notamment en matière de planification familiale, de santé préconceptionnelle et d'adoption de comportements favorables à la santé (CFSF, 2016).

La compétence 6, relative au travail en équipe, à la communication et à la coordination, apparaît particulièrement centrale dans le contexte des soins en EPU. Le référentiel souligne que la sage-femme veille à la continuité des soins au sein de cadres pluridisciplinaires, communique de façon experte et adaptée avec les patient·es et les professionnel·les de santé, coordonne les interventions, assure les transmissions écrites et orales, et mobilise les structures appropriées du système de soins. Elle est également appelée à centraliser les besoins en soins, à organiser les parcours et à intégrer les outils de santé numérique dans sa pratique (CFSF, 2016).

La compétence 7 implique que la sage-femme maîtrise et applique les dispositions légales ainsi que les principes du code de déontologie. Elle s'inscrit également dans une démarche de réflexion éthique, visant à soutenir des décisions respectueuses des droits, de l'autonomie et des valeurs des femmes et de l'enfant. À ce titre, elle suppose de garantir un accès à une information claire et adaptée (CFSF, 2016).

Cela fait écho aux recommandations abordées dans le cadre théorique, qui préconisent de permettre aux femmes de participer activement au choix de leur méthode thérapeutique (NICE, 2019). Cette compétence conduit ainsi la sage-femme à accompagner une décision éclairée, en tenant compte des préférences de la personne et en intégrant les enjeux cliniques (CFSF, 2016).

Ces compétences peuvent, selon nous, justifier le rôle des sages-femmes dans les EPU, à la fois clinique et organisationnel.

À titre de comparaison, le Conseil Fédéral de l'Art Infirmier (2016) inclut également l'organisation et la coordination des soins dans son profil de compétence. Il ne fait cependant pas mention des notions spécifiques au suivi de la grossesse, qui sont détaillées dans le

référentiel de compétences des sages-femmes (CFAI, 2016 ; CFSF, 2016).

Le cadre de compétences belge confirme donc bien que les sages-femmes disposent des savoirs cliniques et organisationnels nécessaires pour intervenir de manière pertinente dans les EPU. Selon nous donc, l'absence relative des sages-femmes dans la littérature portant sur les EPU ne saurait être interprétée comme le reflet d'un déficit de qualification ou de compétence. Elle s'inscrit selon nous plus probablement dans des logiques de reproduction organisationnelle et dans des représentations professionnelles historiquement construites.

4.2.4. Gardienne de la situation psychosociale

Au-delà des aspects organisationnels et cliniques, la revue de Freeman et al. (2024) met en évidence le rôle central que peuvent jouer les sages-femmes dans l'accompagnement psychosocial des femmes confrontées à des complications de début de grossesse. Comme exposé dans le cadre théorique, les fausses couches et autres complications du premier trimestre constituent des événements potentiellement générateurs d'anxiété, de détresse émotionnelle et d'un sentiment d'incertitude, besoins désormais bien documentés dans la littérature.

Une étude retenue dans la revue de Freeman et al. (2024) mentionne l'existence de sages-femmes spécifiquement formé·es à l'accompagnement du deuil périnatal[3], intégrées au sein d'équipes multidisciplinaires. Une autre évoque le recours à des dispositifs de suivi à distance, notamment par visioconférence, permettant d'assurer une continuité du soutien émotionnel à distance du contexte de soin aigu (Freeman et al., 2024).

Plusieurs sources mises en évidence dans la revue de Freeman et al. (2024) décrivent les sages-femmes comme des professionnel·les particulièrement bien positionné·es pour accompagner les processus de deuil périnatal, favoriser la reconnaissance symbolique de la grossesse et soutenir les femmes dans l'élaboration de sens autour de l'événement vécu.

Dans une étude longitudinale sur l'expérience émotionnelle des hommes et des femmes après une fausse couche, Volgsten et al. (2018) soulignent que les hommes sont également susceptibles de vivre un processus de deuil après une fausse couche.

[3] En anglais : bereavement midwives (Freeman et al., 2024). Bereavement est défini comme « deuil » (Love et al., 2015 p. 507)

La compétence 4 de la sage-femme, l'identifiant comme gardien·ne de la situation psychosociale, mentionne son rôle de soutien aux femmes en situation de crise psychosociale (CFSF, 2016).

Le CFAI (2016) ne dédie cependant pas une compétence spécifique à l'accompagnement psycho-social des personnes. Il en fait néanmoins mention :

> Dans le cadre de l'exercice de la profession d'infirmier, l'accent est mis sur le vécu du patient/client par rapport à son bien-être, à sa santé et à sa maladie. Cela renvoie au fait que l'infirmier doit non seulement tenir compte de la santé ou de la maladie en tant que processus clinique, mais qu'il accorde également de l'attention à la signification de ce processus dans le fonctionnement psychique et social du patient/client. (CFAI, 2016, p. 11)

La description de la compétence 4 du CFSF (2016) mentionne « la femme et son entourage » (p. 18). La place du·de la partenaire est par ailleurs décrite plusieurs fois à travers le profil de compétences, mais sans positionner précisément la sage-femme par rapport à cellui-ci. Ainsi la sage-femme n'est pas explicitement reconnue comme pouvant dispenser des soins ou rediriger le·la partenaire en cas de besoin, alors même qu'il est souligné que « la sage-femme accompagne la femme et son partenaire dans leur contexte familial, psychosocial et sociétal avec comme objectif de renforcer leur capacité à prendre soin de leur santé. » (CFSF, 2016, p. 12)

Si les compétences des sages-femmes ne s'étendent pas explicitement aux partenaires, nous pensons néanmoins que le lien de confiance qu'elles tissent avec les couples peut leur permettre d'identifier certaines vulnérabilités et besoins de soutien chez ces dernier·ères. Cette hypothèse s'appuie notamment sur des observations réalisées au cours de nos stages, durant lesquels nous avons pu constater une attention portée par certaines sages-femmes aux bien-être des partenaires. Néanmoins, des observations ne peuvent pas à elles seules constituer un argument suffisant pour étayer cette idée. Elles invitent toutefois à envisager des recherches futures visant à explorer le rôle des sages-femmes dans l'accompagnement et l'identification des besoins des partenaires.

4.2.5. Actes techniques

En ce qui concerne les actes techniques et médicaux susceptibles d'être mobilisés dans le

cadre des EPU, nous allons également les observer à la lumière des compétences professionnelles reconnues.

a) Échographie obstétricale

Comme exposé dans la partie théorique de ce travail, le diagnostic en EPU repose sur la combinaison du dosage sérique de β-hCG et de l'échographie. L'échographie endovaginale constitue l'examen de référence pour confirmer la localisation intra-utérine de la grossesse et en évaluer l'évolutivité. En Belgique, les sages-femmes peuvent légalement réaliser certaines échographies obstétricales (CFSF, 2008). Toutefois, cela n'est pas le cas à l'issue de leur formation initiale (CFSF, 2008).

En effet, la formation initiale des sages-femmes ne prévoit qu'une initiation limitée à l'échographie. Selon les recommandations du Conseil fédéral des sages-femmes, celle-ci se limite à un apport théorique d'environ 15 heures complété par quelques jours de stage d'observation, sans autoriser la pratique autonome d'examens échographiques. L'exercice effectif de l'échographie requiert dès lors l'obtention d'une qualification complémentaire, impliquant une formation théorique approfondie (environ 90 heures) et une formation pratique substantielle comprenant plusieurs centaines d'examens réalisés sous supervision (CFSF, 2008).

Au terme de cette formation, les sages-femmes sont légalement habilité·es à réaliser certaines échographies obstétricales dites « de première ligne », notamment au premier et au troisième trimestre (CFSF, 2008, p. 3). Ces compétences sont encadrées de manière stricte : les échographies morphologiques restent explicitement exclues de leur champ d'exercice, et toute suspicion d'anomalie impose une orientation vers un·e médecin·e spécialiste (CFSF, 2008).

La formation initiale des sages-femmes en Belgique n'a ainsi pas pour objectif de développer une compétence technique approfondie en échographie obstétricale, mais plutôt de fournir des bases permettant la compréhension et l'interprétation des résultats échographiques (CFSF, 2008).

Néanmoins, moyennant cette formation complémentaire, les sages-femmes sont parfaitement en mesure de réaliser de manière compétente les échographies routinières en EPU. À savoir les échographies de datation et de localisation de la grossesse ou encore celles

indiquées en cas de douleurs, métrorragies ou contexte obstétrical particulier. Si toute suspicion d'anomalie impose une orientation vers un·e médecin spécialiste, cela n'exclut pas pour autant la capacité des sages-femmes, correctement formé·es, à assurer ces examens de première intention (CFSF, 2008).

L'échographie obstétricale ne fait pas partie des compétences infirmières. Elle n'est pas reprise dans l'enseignement théorique du bachelier infirmier responsable de soins généraux (Décret du Ministère de la Communauté française, 2016), ni dans l'Arrêté royal (1967) relatif à l'exercice des professions des soins de santé, ni dans la liste des prestations techniques de l'art infirmier et des actes médicaux confiés par un médecin ou un dentiste à des praticiens de l'art infirmier (CFAI, 2026). Le certificat inter-universités en échographie obstétricale et gynécologique n'est pas non plus accessible à l'issue d'un bachelier infirmier (Université catholique de Louvain - Faculté MEDE, 2025).

b) Prescription médicamenteuse

Comme mentionné dans le cadre théorique, le traitement médical d'une fausse couche précoce repose sur l'administration de misoprostol, parfois en association avec la mifépristone. En Belgique, la prescription médicamenteuse autonome des sages-femmes est autorisée par l'Arrêté royal du 31 janvier 2018, qui établit la liste des médicaments qu'elles peuvent prescrire. Dans ce cadre, le misoprostol est effectivement mentionné, sous forme de comprimés dosés à 0,2 mg, administrables par voie orale ou rectale. Toutefois, son usage est explicitement restreint à l'indication du post-partum, notamment dans la prévention et la gestion des hémorragies du post-partum (Arrêté royal, 2018).

Cette restriction légale exclut donc toute prescription autonome du misoprostol par les sages-femmes dans le cadre de la gestion médicamenteuse des fausses couches précoces. La mifépristone et le méthotrexate restent entièrement du ressort de la prescription médicale.

Les sages-femmes peuvent toutefois prescrire des antalgiques et des anti-inflammatoires, dont l'utilisation est recommandée dans la gestion de la douleur liée à la fausse couche, cela tant dans le cadre d'une conduite expectative que médicamenteuse (Arrêté royal, 2018 ; Mehra et al., 2024).

Les injections d'immunoglobulines anti-Rh(D) peuvent être réalisées et prescrites par les sages-femmes (Arrêté royal, 2018).

Les infirmier·ères sont habilité·es à préparer et à administrer des médicaments, mais ne disposent en revanche pas du droit de prescription (Arrêté royal, 2024).

c) Interprétation des résultats biologiques

La réalisation des prises de sang ainsi que l'interprétation des résultats biologiques, notamment du dosage sérique de la β-hCG, relèvent pleinement du champ de compétences des sages-femmes en Belgique (CFSF, 2016, sect. Compétence 1).

Les infirmier·ères peuvent quant à elleux « [...] interprète[r] des données provenant de diverses sources afin de pouvoir en déduire un diagnostic infirmier et réaliser un plan de soins. » (CFAI, 2016, p. 13). Il semble donc que, dans la mesure où un·e infirmier·ère serait formé·e à l'interprétation du dosage sérique de la β-hCG, cela rentrerait également dans ses compétences.

d) Interventions chirurgicales

Enfin, les interventions chirurgicales, telles que l'aspiration utérine, relèvent exclusivement du champ médical en Belgique et ne peuvent, à ce jour, ni être réalisées par des sages-femmes, ni par des infirmier·ères (Ordre des médecins, 2025).

Cette restriction a néanmoins connu des évolutions à l'étranger, notamment en France. Depuis l'entrée en vigueur du décret n° 2023-1194 du 16 décembre 2023, en France, les sages-femmes peuvent, sous conditions strictes de formation, d'encadrement institutionnel et de protocolisation, pratiquer des interruptions volontaires de grossesse instrumentales par aspiration au sein des établissements de santé.

4.3. Conceptualiser les fausses couches comme des grossesses

Dans les pratiques sociales courantes, l'annonce d'une grossesse est fréquemment différée jusqu'à la fin du premier trimestre. Le premier trimestre étant communément identifié comme la période où le risque de fausse couche est le plus élevé. Nous pensons que cette temporalité constitue probablement une forme de protection pour les femmes et les couples concernés. Toutefois, elle semble également contribuer à une reconnaissance sociale moindre de la grossesse à ses débuts et, en cas de perte précoce, à une réduction des possibilités de soutien de la part de l'entourage. La littérature souligne en tout cas que les

fausses couches, en particulier lorsqu'elles surviennent précocement, font l'objet de minimisation et demeurent largement taboues dans les sphères sociales proches (González‑Vicente et al., 2026).

Or, comme cela a déjà été discuté dans ce travail, pour de nombreuses femmes et pour leur partenaire, une perte précoce de grossesse survient alors qu'iels ont pleinement investi la grossesse sur le plan affectif. Leur arrêt brutal peut s'accompagner d'un vécu de perte, d'un processus de deuil et de bouleversements identitaires significatifs. Les besoins exprimés dans ces situations ne se limitent dès lors pas à la résolution médicale de la complication, mais incluent également la reconnaissance du vécu de grossesse, un accompagnement émotionnel ajusté et un soutien dans l'élaboration du deuil (Silverio et al., 2022).

Dans cette perspective, interroger la place des sages-femmes au sein des EPU revient selon nous aussi à questionner la manière dont les pertes précoces de grossesse sont conceptualisées, tant au sein du système de soins que dans la société plus largement. L'absence ou la marginalisation des sages-femmes dans ces dispositifs pourrait à la fois participer à expliquer et contribuer à entretenir l'idée selon laquelle les fausses couches et autres pertes précoces de grossesse ne constitueraient pas des grossesses « à part entière ». À ce sujet, Norton et Furber (2018) rapportent que certaines femmes expriment leur impossibilité de solliciter une sage-femme dès lors qu'elles ne se perçoivent plus, ou ne sont plus perçues, comme enceintes, résultat à replacer dans le contexte britannique de leur étude.

Cette tension apparaît de façon particulièrement claire lorsque nous considérons l'organisation des soins que nous avons pu observer lors de nos stages, en fonction du terme de la grossesse. Comme évoqué précédemment, dans plusieurs structures belges et françaises dans lesquelles nous avons effectué des stages, à partir du deuxième trimestre de leur grossesse, les femmes enceintes présentant une complication étaient orientées vers des structures obstétricales spécialisées, telles que les salles de naissance ou les unités de grossesses à haut risque, y compris lorsqu'elles se présentaient aux urgences pour un motif non directement lié à la grossesse. Dans ces unités, elles bénéficiaient notamment de l'accompagnement de sages-femmes. Une telle organisation semble traduire une reconnaissance implicite du fait que ces femmes sont avant tout considérées comme enceintes et requièrent, à ce titre, un accompagnement spécifique.

Dans ce contexte, la présence des sages-femmes en EPU apparaît d'autant plus pertinente qu'elle permet de replacer la grossesse au centre de l'accompagnement proposé. En tant que professionnelles spécifiquement formées à l'accompagnement global et holistique de la grossesse, incluant ses dimensions physiques, psychologiques et sociales (CFSF, 2016), les sages-femmes semblent en mesure d'apporter un soutien adapté. Leur approche centrée sur la femme permet d'envisager ces événements non pas uniquement comme des complications médicales, mais comme des expériences de grossesse, bien que parfois interrompues, nécessitant une attention globale.

4.4. Limites de la recherche et biais méthodologiques

Plusieurs limites méthodologiques doivent être prises en considération dans l'interprétation des résultats de cette recherche. Tout d'abord, un biais de sélection des articles est possible. Malgré l'application de critères d'inclusion et d'exclusion explicitement définis, le processus de sélection repose nécessairement sur des choix interprétatifs, susceptibles d'influencer la représentativité des études retenues.

Par ailleurs, l'hétérogénéité méthodologique des études incluses constitue une limite importante. La mise en regard d'études qualitatives et quantitatives pose des difficultés analytiques, dans la mesure où ces deux approches reposent sur des cadres théoriques, des objectifs et des modes de production de connaissances distincts. Cette hétérogénéité peut limiter la comparabilité des résultats et compliquer leur synthèse.

La question de l'exhaustivité de la recherche documentaire représente également une limite. Malgré une interrogation de plusieurs bases de données, il demeure possible que certaines études pertinentes n'aient pas été identifiées, notamment en raison de choix de mots-clés ou de limitations propres aux bases interrogées. Il est également possible que des études ayant abouti à des résultats négatifs ou non significatifs n'aient pas fait l'objet de publications.

La restriction de la recherche aux publications rédigées en anglais, néerlandais et français introduit un biais linguistique. Cette limitation peut conduire à l'exclusion de travaux menés dans d'autres contextes culturels ou géographiques.

Enfin, certaines études exploitées dans la construction de notre réflexion portent sur un échantillon de participant·es très faible. Cela fragilise les résultats obtenus.

4.5. Perspectives d'avenir

4.5.1. Développement des EPU en Belgique

Les éléments développés dans ce travail invitent tout d'abord à réfléchir au développement et à la généralisation des Early Pregnancy Units au sein des centres hospitaliers belges. La littérature internationale apporte en effet des preuves convergentes quant à la pertinence et à l'efficacité de ces structures dans l'accompagnement des complications précoces de la grossesse. Dès leurs premières implantations, les EPU ont démontré leur capacité à améliorer la qualité des soins en offrant un accès rapide au diagnostic, une prise en soin spécialisée et une continuité du suivi, tout en réduisant les hospitalisations non nécessaires et la sollicitation inadaptée des services d'urgences générales (Bigrigg et Read, 1991).

Des travaux plus récents confirment ces bénéfices, tant sur le plan clinique qu'organisationnel. Les EPU permettent un accompagnement ambulatoire sécurisé, favorisent des décisions thérapeutiques plus conservatrices lorsque celles-ci sont cliniquement appropriées et contribuent à une utilisation plus efficiente des ressources hospitalières (van den Berg et al., 2015 ; Woo et al., 2020). Sur le plan de l'expérience vécue, ces unités répondent également à certains besoins émotionnels et informationnels des femmes confrontées à des douleurs, des saignements ou à une incertitude diagnostique en début de grossesse, dimensions souvent insuffisamment prises en compte dans les services d'urgences généralistes (Hall et al., 2021). Toutefois, la littérature met en évidence des marges de progression concernant la qualité et la systématisation de ces soutiens émotionnels, soulignant la nécessité de leur renforcement (Hall et al., 2021 ; Silverio et al., 2022).

Malgré ces données probantes, le nombre d'EPU en Belgique demeure limité et leur répartition géographique inégale. Cette situation pourrait se traduire par des disparités d'accès à des soins spécialisés selon les régions et les établissements. L'intégration systématique d'EPU au sein des centres hospitaliers disposant d'un service de gynécologie nous semble être une piste pour réduire ces inégalités territoriales et garantir une offre de soin équitable

sur le territoire. À condition selon nous qu'elle s'accompagne d'une homogénéisation des pratiques, donc des professionnel·les impliqué·es et de leurs qualifications.

Le développement des Early Pregnancy Units apparaît par ailleurs tout à fait réalisable, à l'image de l'exemple britannique déjà largement abordé dans ce travail. En continuité, il est notable qu'il existe, au Royaume-Uni, une organisation dédiée spécifiquement au vécu des fausses couches : la Miscarriage Association. Cette organisation nationale, fondée en 1982, propose information, soutien, plaidoyer et accompagnement aux personnes confrontées à une perte de grossesse, quel que soit le terme (Miscarriage Association, 2025). L'existence d'une telle association témoigne d'une reconnaissance sociale du vécu des fausses couches. À ce jour, à notre connaissance, aucun équivalent strict n'existe en Belgique.

4.5.2. Perspectives de recherche scientifique

L'absence de littérature belge spécifiquement consacrée aux EPU constitue une limite récurrente de ce travail. Notre réflexion repose principalement sur des extrapolations issues de la littérature internationale. Cette approche, bien qu'elle soit inévitable en l'absence de données locales, n'offre qu'une validité limitée en raison des différences entre les systèmes de soins, les organisations hospitalières et les périmètres de compétences professionnelles.

La réalisation d'études en Belgique, au sein des EPU existantes, permettrait d'apprécier l'adéquation de ces modèles au contexte national et d'évaluer l'impact de cet organisation sur les soins. Il nous apparaîtrait notamment pertinent d'analyser si les EPU belges produisent des résultats comparables à ceux observés à l'étranger, en termes d'économies de ressources, d'accès au diagnostic et de continuité du suivi.

Dans le prolongement de ce travail, il serait selon nous intéressant de documenter de manière plus approfondie le rôle et la place des sages-femmes au sein de ces unités. En particulier, il nous semblerait pertinent d'évaluer le ressenti des femmes quant au fait d'être suivies par des sages-femmes dans des contextes où la grossesse est interrompue précocement. Et de manière générale, il semblerait pertinent d'interroger, dans les situations spécifiques rencontrées en EPU, la transférabilité des bénéfices des modèles de soins centrés sur la pratique sage-femme largement documentés dans la littérature, à savoir l'amélioration des indicateurs de santé maternelle et néonatale ainsi que de la satisfaction des femmes (ICM, 2024 ; WHO, 2024, 2025).

4.5.3. Intégration et reconnaissance des sages-femmes en EPU

Nous pensons avoir transmis dans ce travail notre conviction que les sages-femmes ont leur place au sein des Early Pregnancy Units en Belgique. Les sources exploitées dans ce travail montrent que, dans les contextes où la place des sages-femmes est explicitement étudiée et reconnue, leur présence constitue un levier d'amélioration de la qualité des soins, tant sur le plan de l'accompagnement psychosocial que de la coordination des soins et de la continuité du parcours des femmes (Freeman et al., 2024 ; Hall et al., 2021).

Dans un contexte belge caractérisé par l'absence de spécialisation infirmière en gynécologie comparable à celle existant dans certains pays anglo-saxons, les sages-femmes apparaissent particulièrement en adéquation avec les besoins identifiés en EPU. Leur cadre de compétences, tel que défini dans le profil professionnel et de compétences de la sage-femme belge, leur permet de mobiliser de manière intégrée des compétences cliniques, relationnelles et organisationnelles directement pertinentes dans l'accompagnement des complications précoces de la grossesse (CFSF, 2016).

4.5.4. Reconnaître la grossesse indépendamment de son issue

Enfin, une perspective plus transversale concerne la reconnaissance complète de la grossesse comme telle, y compris lorsqu'elle est interrompue précocement. La littérature met en évidence que les femmes et les couples peuvent investir une grossesse très tôt, notamment en raison de l'accessibilité des tests de grossesse et du recours fréquent aux échographies du premier trimestre. La perte d'une grossesse, même très précoce, est susceptible de s'accompagner d'un vécu de deuil, de rupture et d'un bouleversement identitaire, indépendamment du terme auquel elle survient (Silverio et al., 2022 ; Quenby et al., 2021).

Cette réflexion invite à interroger une conception implicitement finaliste de la grossesse, dans laquelle celle-ci ne serait pleinement reconnue qu'à l'aune de son aboutissement par la naissance. Or, dès lors qu'une grossesse a été investie émotionnellement par la femme ou le couple, celle-ci peut constituer une expérience pleine et signifiante, même en l'absence d'accouchement. Réduire la grossesse à sa seule finalité obstétricale tend, dans cette perspective, à invisibiliser des expériences vécues comme fondatrices, bien que marquées par une interruption précoce.

Nous considérons que cette approche correspond à la pleine réalisation du rôle des sages-femmes, en tant que professionnel·les spécifiquement formé·es à l'accompagnement global de la grossesse, dans une approche holistique.

5.Conclusion

Ce travail de fin d'études avait pour objectif principal d'explorer la potentielle valeur ajoutée du rôle exercé par la sage-femme au sein des Early Pregnancy Units (EPU) en Belgique, en interrogeant l'adéquation entre les besoins des femmes confrontées à des complications précoces de la grossesse et les compétences professionnelles reconnues aux sages-femmes belges. Plus précisément, il s'agissait de décrire le modèle des EPU et ses modalités d'organisation, d'identifier les situations et les besoins cliniques, informationnels et psychosociaux rencontrés au premier trimestre de la grossesse, d'examiner le cadre professionnel et juridique de la sage-femme en Belgique, puis de réfléchir à la contribution spécifique que celle-ci pourrait apporter au sein de ces structures. Au regard des analyses développées tout au long du travail, ces objectifs peuvent être considérés comme globalement atteints, bien que certaines limites propres à la méthodologie aient été mises en évidence.

La première partie de ce travail a posé les bases méthodologiques, en explicitant la problématique, les objectifs et les limites de la recherche ainsi que sa méthodologie. Le cadre théorique a ensuite permis de retracer l'origine des EPU, d'en décrire l'organisation et le fonctionnement, ainsi que de passer en revue les principales situations cliniques rencontrées au premier trimestre de la grossesse. Une attention particulière a été portée au vécu émotionnel, principalement des femmes consultant en EPU, afin de mettre en lumière des besoins souvent peu visibles dans les approches strictement biomédicales. Le travail s'est ensuite attaché à présenter la profession de sage-femme en Belgique, à travers son évolution historique, son cadre de formation, sa reconnaissance actuelle et son référentiel de compétences. Enfin, la discussion a croisé ces différents apports afin d'analyser, de manière critique et argumentée, la place potentielle des sages-femmes au sein des EPU belges.

Notre question de recherche « En quoi le rôle exercé par la sage-femme dans les Early Pregnancy Units en Belgique présenterait-il une valeur ajoutée dans le trajet de soins des femmes ? » trouve une réponse nuancée dans ce travail. La littérature internationale confirme la pertinence des EPU comme structures spécialisées dans l'accompagnement des complications du premier trimestre, notamment en termes d'accès rapide au diagnostic, de continuité des soins et de diminution du recours aux urgences généralistes (Bigrigg et Read, 1991 ; van den Berg et al., 2015 ; Woo et al., 2020). Toutefois, plusieurs études qualitatives mettent en évidence que la qualité perçue des soins par les femmes repose largement sur des

dimensions relationnelles, informationnelles et émotionnelles, parfois insuffisamment prises en compte dans les critères institutionnels de qualité, majoritairement centrés sur les processus biomédicaux et organisationnels (Hall et al., 2021 ; Norton et Furber, 2018 ; van den Berg et al., 2020).

Dans ce contexte, la sage-femme bénéficie d'un niveau de formation qui n'est en tout cas pas inférieur à celui des infirmier·ères. Elle apparaît comme un·e professionnel·le dont les compétences répondent de manière particulièrement cohérente aux besoins mis en évidence dans la littérature. La compétence de gardien·ne de la situation psychosociale permet d'inscrire l'accompagnement dans une approche globale de la personne, d'être attentif·ve à la singularité du vécu, aux vulnérabilités éventuelles et aux processus de deuil associés aux pertes précoces de grossesse (CFSF, 2016 ; Silverio et al., 2022). La compétence de promoteur·rice de la qualité positionne quant à elle la sage-femme comme un·e acteur·rice pertinent·e de l'amélioration des organisations de soins, dans un contexte belge marqué par l'absence de recommandations nationales spécifiques aux EPU (CFSF, 2016).

Au-delà de ces aspects, ce travail met en évidence un enjeu selon nous plus fondamental de reconnaissance de la grossesse elle-même. L'intégration des sages-femmes en EPU permettrait d'inscrire résolument les pertes précoces de grossesse dans le continuum de l'expérience gestationnelle et d'en reconnaître pleinement les enjeux humains, émotionnels et sociaux. Cette perspective rejoint les travaux soulignant que, pour de nombreuses femmes et couples, la grossesse est investie très tôt et que sa perte, même précoce, peut constituer une expérience fondatrice nécessitant un accompagnement spécifique (Quenby et al., 2021 ; Silverio et al., 2022).

Les perspectives d'avenir dégagées par ce travail s'articulent autour de plusieurs axes. Sur le plan organisationnel, les résultats invitent à réfléchir au développement et à la généralisation des Early Pregnancy Units en Belgique, afin de garantir un accès plus équitable à des soins spécialisés au premier trimestre. Cette évolution pourrait s'accompagner de l'élaboration de recommandations nationales intégrant explicitement les dimensions psychosociales de l'accompagnement et la place des sages-femmes au sein des équipes pluridisciplinaires, en cohérence avec les données probantes et les standards internationaux. Sur le plan professionnel, ce travail ouvre des pistes de réflexion quant à l'évolution du champ d'exercice des sages-femmes en Belgique, notamment en matière de formation

complémentaire, de reconnaissance institutionnelle de leurs compétences en début de grossesse et de développement de rôles spécifiques dans l'accompagnement du deuil périnatal.

Enfin, ce travail présente des bénéfices concrets pour notre avenir professionnel de sage-femme, tant sur le plan des connaissances que sur celui du positionnement professionnel. Il nous a tout d'abord permis d'approfondir un champ encore relativement peu investi dans la formation initiale, celui des premières semaines de la grossesse et de certaines de leurs complications. Cette démarche a contribué à renforcer nos compétences théoriques et notre compréhension des situations d'incertitude diagnostique, de pertes de grossesse précoces et de pathologies spécifiques du début de grossesse, en nous amenant à dépasser une vision strictement biomédicale de ces événements.

Par ailleurs, ce travail a favorisé le développement d'une réflexion critique sur l'organisation des soins périnataux et sur la place occupée par la sage-femme dans des contextes non strictement physiologiques. L'analyse du modèle des Early Pregnancy Units et de leur hétérogénéité en Belgique nous a permis de questionner la répartition des rôles professionnels, les logiques institutionnelles qui les sous-tendent et les effets de ces choix organisationnels sur le vécu des femmes. Cette prise de distance réflexive s'inscrit pleinement dans la compétence de promoteur·rice de la qualité, telle que définie dans le Profil professionnel et de compétences de la sage-femme belge, en ce qu'elle engage une capacité à analyser les pratiques, à interroger leur adéquation aux besoins des personnes soignées et à envisager des pistes d'amélioration des organisations de soins (CFSF, 2016).

Ce travail a également contribué à affiner notre conception du rôle de la sage-femme comme professionnel·le de la continuité, capable d'accompagner les femmes à l'interface entre physiologie et pathologie. La réflexion menée autour des EPU a renforcé notre intérêt pour des pratiques qui ne fragmentent pas l'expérience de la grossesse en une succession d'épisodes techniques, mais reconnaissent la cohérence du parcours vécu par les femmes.

Enfin, cette démarche de recherche nous encourage à envisager notre futur exercice professionnel comme un espace possible d'engagement, non seulement dans la pratique clinique, mais également dans la réflexion sur la qualité des soins et l'évolution des organisations. Il s'inscrit ainsi dans une perspective professionnelle orientée vers la défense

d’un accompagnement global, respectueuse du vécu des femmes et des couples, et attentive à la reconnaissance de la grossesse comme expérience significative, y compris lorsqu’elle est interrompue précocement.

En mettant en lumière la valeur ajoutée potentielle des sages-femmes dans l’accompagnement des femmes en EPU, ce travail renforce notre désir de participer à la reconnaissance d’une conception de la grossesse envisagée dans toutes ses dimensions, quelle qu’en soit l’issue.

Pharmacologie

La pharmacologie présentée concerne uniquement l'application des médicaments au sujet de ce travail.

Immunoglobulines anti-Rh(D) (Immunorho®)

Tableau 3 : Pharmacologie : immunoglobulines anti-Rh(D) (Immunorho®)

Principe actif	Immunoglobuline anti-D humaine (Christiaens et al., 2025)
Classe	Anticorps spécifiques dirigés contre l'antigène Rhésus D des érythrocytes humains (Christiaens et al., 2025)
Indication	Prophylaxie anténatale et postnatale de l'immunisation Rh(D) (Christiaens et al., 2025)
Contre-indications	Hypersensibilité aux immunoglobulines humaines, notamment chez les personnes présentant des anticorps anti-IgA (Christiaens et al., 2025).
Voie d'administration	Injection intramusculaire (Christiaens et al., 2025).
Concentration	Une seringue de 2 ml contient 1 500 IU d'immunoglobuline anti-D humaine (Christiaens et al., 2025).
Fréquence et dosage	Prophylaxie anténatale : Une dose (50 à 330 microgrammes) est administrée soit en une injection à 28–30 semaines, soit en deux injections à 28 et 34 semaines. En cas de complication, une dose doit être administrée dans les 72 heures, avec possibilité de répétition toutes les 6 à 12 semaines si nécessaire ; Prophylaxie postnatale : Une dose (100 à 300 microgrammes) est administrée dans les 72 heures après l'accouchement d'un enfant Rh positif, même si une prophylaxie anténatale a déjà été

	réalisée. Si ce délai est dépassé, l'administration reste indiquée le plus rapidement possible ; En cas d'hémorragie fœto-maternelle importante, son volume doit être évalué (par exemple via le test de Kleihauer-Betke), afin d'adapter la dose avec des injections supplémentaires proportionnelles à l'exposition (Christiaens et al., 2025).
Précautions	Ne pas injecter dans un vaisseau sanguin. Ne pas administrer à une personne Rh(D) positive, ou à une personne déjà immunisée contre l'antigène Rh(D) (Christiaens et al., 2025).
Effets indésirables	Risque occasionnel de frissons, céphalées, étourdissements, hyperthermie, vomissement, réaction allergique, nausée, baisse de la tension artérielle et douleurs dans le bas du dos (Christiaens et al., 2025).

Méthotrexate (Emthexate®)

Tableau 4 : Pharmacologie : Méthotrexate (Emthexate®)

Principe actif	Méthotrexate, un dérivé de l'acide folique (Christiaens et al., 2024)
Classe	Anticorps spécifiques dirigés contre l'antigène Rhésus D des érythrocytes humains (Christiaens et al., 2025)
Indication	Utilisation hors AMM dans la thérapeutique des grossesses ectopiques (Christiaens et al., 2024)
Contre-indications	Présence d'indices d'immunodéficience, d'une pathologie hépatique, d'une affection rénale, d'une maladie ulcéreuse gastro-duodénale évolutive, d'une atteinte pulmonaire

	significative ou des anomalies hématologiques (par exemple une anémie marquée, une thrombocytopénie ou une leucopénie). D'autres contre-indications incluent une grossesse intra-utérine évolutive, l'allaitement, une hypersensibilité au méthotrexate ainsi que l'incapacité à participer à un suivi clinique approprié (Barnhart et Shippen, 2026).
Voie d'administration	Injection intramusculaire (Christiaens et al., 2024)
Concentration	Emthexate® 2,5 mg/ml solution injectable, flacon de 5 mg Emthexate® 25 mg/ml solution injectable, flacons de 50 mg, 500 mg et 1000 mg Emthexate® 100 mg/ml solution injectable, flacon de 5000 mg (Christiaens et al., 2024).
Fréquence et dosage	Le méthotrexate peut être administré selon différents protocoles : - 50 mg/m² de surface corporelle par voie intramusculaire aux jours 1 et 4 - 50 mg/m² de surface corporelle par voie intramusculaire en dose unique au jour 1 - 1 mg/kg par voie intramusculaire une fois par jour aux jours 1, 3, 5 et 7, avec l'administration concomitante de calcium folinate à la dose de 0,1 mg/kg par voie intramusculaire une fois par jour aux jours 2, 4, 6 et 8 - En cas de persistance d'une β-hCG détectable après un traitement chirurgical, une administration supplémentaire de méthotrexate peut être envisagée, à la dose de 50 mg/m² de surface corporelle par voie intramusculaire en dose unique (Barnhart et Shippen, 2026).
Précautions	Après l'administration de méthotrexate, les concentrations sériques de β-hCG doivent être surveillées jusqu'à l'obtention

	d’un taux sérique compatible avec l’absence de grossesse. Cette normalisation survient habituellement en 2 à 4 semaines, mais peut s’étendre jusqu’à 8 semaines. Des doses supplémentaires de méthotrexate peuvent être nécessaires en fonction du protocole utilisé et de la réponse biologique, l’évolution de la β-hCG constituant le principal marqueur d’efficacité. L’apparition d’une instabilité clinique impose une thérapeutique chirurgicale immédiate (Barnhart et Shippen, 2026). Pendant le traitement par méthotrexate, il est recommandé d’éviter les activités physiques intenses et les rapports sexuels en raison du risque de rupture. Les examens pelviens et échographiques doivent être limités. Les patient·es doivent également éviter l’acide folique et les anti‑inflammatoires non stéroïdiens, susceptibles de réduire l’efficacité du méthotrexate. Les aliments favorisant la production de gaz sont déconseillés, car les douleurs abdominales induites peuvent mimer celles d’une rupture. L’exposition au soleil doit être limitée en raison du risque de dermatite induite par le méthotrexate. Après l’achèvement du traitement, un délai d’au moins 12 semaines avant toute tentative de conception est généralement recommandé afin de permettre une élimination optimale du médicament (Barnhart et Shippen, 2026).
Effets indésirables	Sur le plan infectieux, des infections opportunistes sévères, parfois fatales (dont septicémies, pneumonies atypiques et réactivations virales). Des complications hématologiques fréquentes incluent une myélosuppression pouvant évoluer vers des cytopénies sévères ou une pancytopénie. Des atteintes immunologiques, métaboliques et psychiatriques sont décrites, de même que des manifestations neurologiques parfois sévères pouvant aller jusqu’à une neurotoxicité progressive et fatale. Des

	atteintes pulmonaires interstitielles, gastro-intestinales (stomatite, diarrhée, perforation), hépatiques (hépatotoxicité chronique, cirrhose), cutanées sévères (syndromes de Stevens-Johnson et de Lyell) et rénales. Des complications cardiovasculaires, thromboemboliques, musculo-squelettiques et génito-urinaires sont également décrites. Enfin, le méthotrexate est tératogène, associé à des complications gravidiques graves, et peut altérer transitoirement ou durablement la fertilité (Christiaens et al., 2024).

Mifépristone (Mifegyne®)

Tableau 5 : Pharmacologie : Mifépristone (Mifegyne®)

Principe actif	Mifépristone (Christiaens et al., 2025)
Classe	Anti-progestérone (Christiaens et al., 2025)
Indication	Ramollissement et dilatation du col utérin en préparation à l'interruption chirurgicale de grossesse du premier trimestre (Christiaens et al., 2025). Utilisation hors AMM dans la thérapeutique médicamenteuse des fausses-couches en association avec le misoprostol (Turner et al., 2015).
Contre-indications	
Générales	Le médicament est contre-indiqué en cas d'insuffisance surrénalienne chronique, d'hypersensibilité connue à la substance active ou à l'un des excipients, d'asthme sévère non contrôlé par le traitement, ainsi que de porphyrie héréditaire (Christiaens et al., 2025).

Spécifiques à l'indication du ramollissement et de la dilatation du col utérin en préparation à l'interruption chirurgicale de grossesse :	Ce médicament est contre-indiqué en l'absence de confirmation biologique ou échographique de la grossesse, lorsque l'âge gestationnel est égal ou supérieur à 84 jours d'aménorrhée, ainsi qu'en cas de suspicion de grossesse extra-utérine (Christiaens et al., 2025).
Concentration	Chaque comprimé contient 200 mg de mifépristone (Christiaens et al., 2025)
Fréquence et dosage	Dans l'utilisation pour le ramollissement et dilatation du col utérin en vue d'une interruption chirurgicale de grossesse, le schéma recommandé consiste en l'administration orale d'une dose unique de 200 mg, suivie d'une interruption chirurgicale réalisée dans un délai de 36 à 48 heures, sans excéder ce délai (Christiaens et al., 2025). Dans l'utilisation dans la thérapeutique de fausses-couche : dose unique de 200 mg, suivie 24 à 48 heures plus tard de misoprostol à la dose de 800 mg (Mehra et al., 2024).
Précautions	La méthode présente un taux d'échec non négligeable, estimé entre 1,3 % et 7,5 %, ce qui rend indispensable une consultation de suivi afin de vérifier le caractère complet de l'expulsion. Les échecs, le plus souvent liés à une expulsion incomplète, peuvent nécessiter une intervention chirurgicale (Christiaens et al., 2025). Les métrorragies constituent un effet fréquent et attendu, parfois prolongé et abondant, pouvant persister jusqu'à 12 jours après la prise de mifépristone. Leur survenue ne préjuge pas du caractère complet de l'expulsion. Celle-ci survient le plus souvent dans les

	quatre heures suivant l'administration de misoprostol, mais peut être retardée jusqu'à 72 heures, voire exceptionnellement précéder la prise de prostaglandines. Une information précise de la patiente, un accès facilité au centre prescripteur et un suivi systématique entre 14 et 21 jours sont indispensables afin de confirmer l'expulsion complète et d'exclure un avortement incomplet ou une grossesse extra-utérine (Christiaens et al., 2025). Spécificité liées à l'indication dans le cadre des interruptions chirurgicales de grossesse : La patiente doit être informée de la possibilité de métrorragies parfois abondantes à la suite de la prise de mifépristone, ainsi que de la survenue possible d'une expulsion avant l'acte chirurgical. Elle doit également recevoir des consignes précises concernant le lieu et les modalités de consultation pour confirmer l'expulsion ou en cas d'urgence. Étant donné qu'environ 1 % des patientes présentent des métrorragies sévères nécessitant un geste hémostatique, une vigilance particulière est requise chez les patientes présentant des troubles de l'hémostase, une hypocoagulabilité ou une anémie sévère (Christiaens et al., 2025). Allo-immunisation Rhésus : toute interruption médicamenteuse de grossesse implique la détermination du groupe Rhésus et la mise en œuvre des mesures de prévention de l'allo-immunisation Rhésus, conformément aux recommandations applicables à toute interruption de grossesse (Christiaens et al., 2025). Contraception post-interruption : des grossesses pouvant survenir entre l'expulsion embryonnaire et le retour des règles, il est recommandé d'initier sans délai une méthode contraceptive dès que l'interruption médicamenteuse de grossesse a été médicalement confirmée (Christiaens et al., 2025).

Effets indésirables	Sur le plan infectieux, des infections utérines ou pelviennes (endométrite, maladie inflammatoire pelvienne) sont rapportées chez moins de 5 % des patientes. Des cas exceptionnellement rares mais graves, parfois fatals, de choc toxique ou septique ont été décrits, notamment en lien avec Clostridium sordellii ou Escherichia coli, en particulier lors d'utilisations non conformes du misoprostol. Les effets neurologiques, tels que les céphalées, restent rares, l'hypotension est peu fréquente. Les troubles gastro-intestinaux (nausées, vomissements, diarrhées) ainsi que les crampes abdominales constituent les effets les plus fréquents, liés à l'action des prostaglandines. Des réactions cutanées d'hypersensibilité sont possibles, la plupart étant peu fréquentes, tandis que des formes sévères demeurent exceptionnelles. Sur le plan gynécologique, les contractions utérines sont très fréquentes et des métrorragies importantes surviennent dans environ 5 % des cas, pouvant parfois nécessiter un geste hémostatique. Enfin, des troubles généraux tels que malaises, manifestations vagales ou fièvre peuvent être observés plus rarement (Christiaens et al., 2025).

Misoprostol (Cytotec®)

Tableau 6 : Pharmacologie : Misoprostol (Cytotec®)

Principe actif	Misoprostol (Christiaens et al., 2020)
Classe	Prostaglandine (Christiaens et al., 2020)
Indication	Utilisation hors AMM pour induire l'avortement (Christiaens et al., 2020)
Contre-indications	En cas d'hypersensibilité connue à la substance active ou à l'un

	des excipients, ainsi que chez les personnes présentant une insuffisance rénale sévère (Christiaens et al., 2020). Les contre-indications absolues à une thérapeutique associant misoprostol et mifépristone sont la présence d'un dispositif intra-utérin non retirable, l'utilisation d'anticoagulants (à l'exception de l'acide acétylsalicylique), les troubles de la coagulation, les porphyries héréditaires, des signes évocateurs d'infection, une grossesse extra-utérine avérée ou suspectée, des antécédents de réactions allergiques à l'une ou l'autre des molécules, ainsi qu'une corticothérapie prolongée (Mehra et al., 2024). L'impossibilité d'accéder à des soins d'urgence représente aussi un contre-indication (Mehra et al., 2024).
Voie d'administration	Injection intramusculaire (Christiaens et al., 2025).
Fréquence et dosage	800 microgrammes, 24 à 48 h après la prise de la mifépristone (Mehra et al., 2024).
Précautions	Il faut proposer aux patientes des options d'analgésie et les informer du risque de saignements abondants et de crampes, survenant généralement quelques heures après la prise de misoprostol et durant habituellement entre trois et cinq heures. Il faut également évoquer la possibilité de voir les produits de conception à l'expulsion, en particulier au-delà de neuf semaines de gestation. Il est recommandé de consulter en urgence en cas de saignements excessifs définis par la saturation de deux protections hygiéniques par heure pendant deux heures consécutives, de présyncope, de syncope ou de douleurs abdominales intenses. Des saignements de moindre intensité peuvent persister en moyenne de neuf à seize jours. Un suivi, en

	présentiel ou à distance, est conseillé entre dix et quatorze jours afin de confirmer l'expulsion complète des produits de conception et la résolution des saignements, par échographie ou, à défaut, par le dosage de la β-hCG sérique ou urinaire (Mehra et al., 2024).
Effets indésirables	Principalement des troubles gastro-intestinaux (nausées, vomissements, diarrhées) et des manifestations générales (fièvre, frissons) (Christiaens et al., 2020).

Lexique

Bibliographie

Agostini, A., Legendre, G., Margueritte, F., Colas, A., Lamblin, G., Miguet-Bensouda, C., Marcellin, L., Parpex, G., Boujenah, J., Astruc, A., Bouet, P., Marret, H., Debras, É., Huberlant, S., Letouzey, V., Adriamanjay, D., Chauvet, P., Jegaden, M., Vigoureux, S.,. . . Fernandez, H. (2025). Prise en charge thérapeutique des grossesses extra-utérines tubaires : recommandations pour la pratique clinique du Collège national des gynécologues et obstétriciens français et de la Société de chirurgie gynécologique et pelvienne. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, *54*(3), 97‑112. https://doi.org/10.1016/j.gofs.2025.10.023

Akhter, P., Padmanabhan, A., Babiker, W., Sayed, A., Molelekwa, V., et Geary, M. (2007). Introduction of an early pregnancy assessment unit : audit on the first 6 months of service. *Irish Journal Of Medical Science*, *176*(1), 23‑26. https://doi.org/10.1007/s11845-007-0013-2

Al-Mandhar, A. (2020, 7 avril). *Message from Dr Ahmed Al-Mandhari Regional Director WHO Eastern Mediterranean Region on the occasion of World Health Day* [Communiqué de presse]. Consulté le 25 avril 2026, à l'adresse https://iris.who.int/items/4b7fa542-d02f-440c-882d-3cec3c1e45d4

Arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, *M.B.*, 14 novembre 1967.

Arrêté royal du 26 février 2014a modifiant l'arrêté royal du 27 septembre 2006 établissant la liste des titres professionnels particuliers et des qualifications professionnelles particulières pour les praticiens de l'art infirmier, *M.B.*, 8 avril 2014.

Arrêté royal du 28 mars 2014b modifiant l'article 9 a) de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, *M.B.*, 14 avril 2014.

Arrêté royal du 31 janvier 2018 modifiant l'arrêté royal du 15 décembre 2013 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, *M.B.*, 7 mars 2018.

Arrêté royal du 14 avril 2024 visant à moderniser la liste des prestations techniques de l'art infirmier et la liste des actes pouvant être confiés par un médecin ou un dentiste à des praticiens de l'art infirmier, *M.B.*, 25 avril 2024

Austruy, P., Devemy, C., Rolland, A., Martin, C., Delporte, V., & Catteau-Jonard, S. (2025). État des lieux de la prise en charge des rétentions post-interruption volontaire de grossesse. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, *54*(1), 19‑25. https://doi.org/10.1016/j.gofs.2025.06.008

Barnhart, K. T., et Shippen, W. (2026). Ectopic pregnancy. Dans BMJ Publishing Group Ltd (Éd.), *BMJ Best Practice*. BMJ Publishing Group Ltd. Consulté le 3 mai 2026, à l’adresse https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/174/treatment-algorithm#

Bigrigg, M. A., & Read, M. D. (1991). Management of women referred to early pregnancy assessment unit : care and cost effectiveness. *BMJ*, *302*(6776), 577-579. https://doi.org/10.1136/bmj.302.6776.577

Bobdiwala, S., Saso, S., Verbakel, J., Al‐Memar, M., Van Calster, B., Timmerman, D., et Bourne, T. (2018). Diagnostic protocols for the management of pregnancy of unknown location : a systematic review and meta‐analysis. *BJOG An International Journal Of Obstetrics et Gynaecology*, *126*(2), 190-198. https://doi.org/10.1111/1471-0528.15442

Candelier, J. (2015). The hydatidiform mole. *Cell Adhesion & Migration*, *10*(1 2), 226-235. https://doi.org/10.1080/19336918.2015.1093275

Cartron, E., Lefebvre, S., et Jovic, L. (2021). Le savoir expérientiel : exploration épistémologique d'une expression répandue dans le domaine de la santé. Recherche en soins infirmiers, 144(1), 76-86. https://doi.org/10.3917/rsi.144.0076.

Christiaens, T., Van Leeuwen, E., Faron, G., Baitar, A., Bosier, B., Bertrand, C., Cuitte, L., Defrance, C., Desmaele, S., Dhaenens, E., Devillers, C., Goesaert, G., Habraken, H., Heremans, L., Mortier, N., Vandenhoven, J., Van Ermen, A., et Veys, C. (2020, novembre). *Cytotec* [Résumé des caractéristiques du produit]. Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique [CBIP] https://app.fagg-afmps.be/pharma-status/api/files/62bc4e491e5c015ab3aba3fe

Christiaens, T., Van Leeuwen, E., Faron, G., Baitar, A., Bosier, B., Bertrand, C., Cuitte, L., Defrance, C., Desmaele, S., Dhaenens, E., Devillers, C., Goesaert, G., Habraken, H., Heremans, L., Mortier, N., Vandenhoven, J., Van Ermen, A., et Veys, C. (2024, décembre). *Emthexate* [Résumé des caractéristiques du produit]. Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique [CBIP] https://app.fagg-afmps.be/pharma-status/api/files/62bc7a361e5c015ab3ff75d0

Christiaens, T., Van Leeuwen, E., Faron, G., Baitar, A., Bosier, B., Bertrand, C., Cuitte, L., Defrance, C., Desmaele, S., Dhaenens, E., Devillers, C., Goesaert, G., Habraken, H., Heremans, L., Mortier, N., Vandenhoven, J., Van Ermen, A., et Veys, C. (2025, août). *Mifegyne* [Résumé des caractéristiques du produit]. Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique [CBIP] https://app.fagg-afmps.be/pharma-status/api/files/62bc4fa41e5c015ab3acc859

Christiaens, T., Van Leeuwen, E., Faron, G., Baitar, A., Bosier, B., Bertrand, C., Cuitte, L., Defrance, C., Desmaele, S., Dhaenens, E., Devillers, C., Goesaert, G., Habraken, H., Heremans, L., Mortier, N., Vandenhoven, J., Van Ermen, A., et Veys, C. (2025, septembre). *Immunorho* [Résumé des caractéristiques du produit]. Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique [CBIP] https://app.fagg-afmps.be/pharma-status/api/files/67124b3eb5042e235944ec1b

CHU Saint-Pierre UMC Sint-Pieter. (2025, 4 décembre). *1 - Consultations prénatales*. CHU Saint-Pierre | UMC Sint-Pieter. https://www.stpierre-bru.be/en/service/grossesse-et-accouchement/consultations-pre-conceptionnelles/

Clesse, C., Lighezzolo-Alnot, J., De Lavergne, S., Hamlin, S., et Scheffler, M. (2018). Histoire de l'accouchement en Occident : évolution des connaissances, techniques, croyances, rites et pratiques professionnelles au travers des âges. *Devenir*, *Vol. 30*(4), 399‑417. https://doi.org/10.3917/dev.184.0399

Condous, G. (2004). The management of early pregnancy complications. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, *18*(1), 37-57. https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2003.09.011

Conseil Fédéral de l'Art Infirmier [CFAI]. (2016). Profil professionnel et de compétences de l'infirmier responsable de soins généraux. Dans *SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement*. Consulté le 17 mai 2026, à l'adresse https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/profil_professionnel_et_competences_inf_soins_generaux_12_janvier_2016_fr.pdf

Conseil Fédéral de l'Art Infirmier [CFAI]. (2026). Précisions apportées à la liste des prestations techniques de l'art infirmier et des actes médicaux confiés par un médecin ou un dentiste à des praticiens de l'art infirmier en vertu de l'arrêté royal du 18 juin 1990. Dans *SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement*. Consulté le 18 mai 2026, à l'adresse https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/irsg_precision_fr_version1.pdf

Conseil fédéral des sages-femmes [CFSF]. (2008). Les modalités et les critères de qualification particulière auxquels les titulaires du titre professionnel de sage-femme doivent satisfaire pour réaliser des échographies fonctionnelles, et non morphologiques. Liste des motifs et des situations dans lesquelles le titulaire du titre professionnel de sage-femme peut recourir à l'échographie. Dans *SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement.* (CFSF/2008/AVIS 1). Consulté le 17 mai 2026, à l'adresse https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/federale_raad_voor_de_vroedvrouwen-fr/19062511_fr.pdf

Conseil fédéral des sages-femmes [CFSF]. (2016). Profil professionnel et de compétences de la sage-femme belge. Dans *SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement*. Consulté le 9 mars 2026, à l'adresse

https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/2016_01_cfsf_frvv_annexe_profil_professionnel.pdf

Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. (2025). *Le droit de prescription - Conseil national de l'Ordre des sages-femmes*. Conseil National de L'Ordre des Sages-femmes. https://www.ordre-sages-femmes.fr/exercice/vos-competences/le-droit-de-prescription/

Coomarasamy, A., Gallos, I. D., Papadopoulou, A., Dhillon-Smith, R. K., Al-Memar, M., Brewin, J., Christiansen, O. B., Stephenson, M. D., Oladapo, O. T., Wijeyaratne, C. N., Small, R., Bennett, P. R., Regan, L., Goddijn, M., Devall, A. J., Bourne, T., Brosens, J. J., et Quenby, S. (2021). Sporadic miscarriage : evidence to provide effective care. *The Lancet*, *397*(10285), 1668-1674. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)00683-8

Daubie, M. (2026). Circulaire OA no 2026/55. Dans *Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité*. Consulté le 17 mai 2026, à l'adresse

https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/tarif_sages_femmes_20260401.pdf

Debret, J. (2020). Les normes APA françaises : Guide officiel de Scribbr basé sur la septième édition (2019) des normes APA. Scribbr. https://www.scribbr.fr/manuel-normes-apa/

Décret de l'Autorité flamande du 11 octobre 2013 sanctionnant les dispositions décrétales relatives à l'enseignement supérieur, *M.B.*, 20 décembre 2013.

Décret du Ministère de la Communauté française du 30 juin 2016 modifiant le décret du 18 juillet 2008 fixant des conditions d'obtention des diplômes de bachelier sage-femme et de bachelier en soins infirmiers, renforçant la mobilité étudiante et portant diverses mesures en matière d'enseignement supérieur, *M.B.*, 14 septembre 2016.

Décret n° 2023-1194 du Ministère de la Santé et de la Prévention du 16 décembre 2023 relatif à la pratique des interruptions volontaires de grossesse instrumentales par des sages-femmes en établissement de santé, *Journal Officiel de la République Française*, 17 décembre 2023.

Delabaere, A., Huchon, C., Deffieux, X., Beucher, G., Gallot, V., Nedellec, S., Vialard, F., Carcopino, X., Quibel, T., Subtil, D., Barasinski, C., Gallot, D., Vendittelli, F., Laurichesse-Delmas, H., et Lémery, D. (2014a). Épidémiologie des pertes de grossesse. *Journal de Gynécologie, Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, *43*(10), 764-775. https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2014.09.011

Delabaere, A., Huchon, C., Lavoue, V., Lejeune, V., Iraola, E., Nedellec, S., Gallot, V., Capmas, P., Beucher, G., Subtil, D., Carcopino, X., Vialard, F., Nizard, J., Quibel, T., Costedoat-Chalumeau, N., Legendre, G., Venditelli, F., Rozenberg, P., Lemery, D., et Deffieux, X. (2014b). Standardisation de la terminologie des pertes de grossesse : consensus d'experts du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF). *Journal de Gynécologie, Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, *43*(10), 756-763. https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2014.09.010

Delvenne, P. (Réalisateur). (2020, août 14). *La méthode Delphi*. Liège Université Spiral. Consulté le 27 avril 2026, à l'adresse https://www.spiral.uliege.be/cms/c_5216973/fr/spiral-la-methode-delphi

Directive du parlement européen et du conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, *Journal officiel de l'Union européenne*, 30 septembre 2005.

Edey, K., Draycott, T., et Akande, V. (2007). Early pregnancy assessment units. *Clinical Obstetrics & Gynecology*, *50*(1), 146-153. https://doi.org/10.1097/grf.0b013e3180305ef4

Faniel, A. (2013). La sage-femme : particularités d'un métier vieux comme le monde. *Centre D'expertise et de Ressources Pour L'Enfance*. https://www.cere-asbl.be/wp-content/uploads/2021/11/7_sages_femmes.pdf

Faure, H. (2020). *Sage-femme et stress professionnel en Belgique : une analyse qualitative en milieu hospitalier d'après le modèle de Karasek et Theorell* [Mémoire, UCLouvain]. https://thesis.dial.uclouvain.be/server/api/core/bitstreams/fe15a5c5-b7be-4985-ac40-ab217d493fc6/content

Freeman, N., Warland, J., Cheney, K., & Bradfield, Z. (2024). Midwives' and registered nurses' role and scope of practice in acute early pregnancy care services : a scoping review. *JBI Evidence Synthesis*, *22*(10), 2090‑2129. https://doi.org/10.11124/jbies-23-00483

Fox, R., Savage, R., Evans, T., et Moore, L. (1999). Early pregnancy assessment ; a role for the gynaecology nurse-practitioner. *Journal Of Obstetrics And Gynaecology*, *19*(6), 615-616. https://doi.org/10.1080/01443619963851

Franckx, C. (Éd.). (2026a). *Obstétrique*. CHU Brugmann. Consulté le 4 avril 2026, à l'adresse https://www.chu-brugmann.be/services/obstetrique

Franckx, C. (Éd.). (2026b). *Urgences | CHU Brugmann*. CHU|UVC Brugmann. Consulté le 30 avril 2026, à l'adresse https://www.chu-brugmann.be/services/urgences

González-Vicente, A., Moriconi, V., González-Pascual, M., Salvador-Olea, L., Jiménez-Gómez, B., & González-Pascual, J. L. (2026). Silent grief : A qualitative

study on the emotional and social impact of early gestational loss. *Midwifery*, *158*, 104820. https://doi.org/10.1016/j.midw.2026.104820

Grosjean, J., Merabti, T., Dahamna, B., Kergourlay, I., Thirion, B., Soualmia, L. F., et Darmoni, S. J. (2011). Health multi-terminology portal: a semantic added-value for patient safety. *Studies in health technology and informatics*, *166*, 129-138.

Hall, J., Silverio, S., Barrett, G., Memtsa, M., Goodhart, V., Bender‐Atik, R., Stephenson, J., et Jurkovic, D. (2021). Women's experiences of early pregnancy assessment unit services : a qualitative investigation. *BJOG An International Journal Of Obstetrics & Gynaecology*, *128*(13), 2116-2125. https://doi.org/10.1111/1471-0528.16866

Hôpital Erasme (Éd.). (2026). *Gynécologie - Obstétrique*. Hôpital Erasme. Consulté le 4 avril 2026, à l'adresse https://www.erasme.be/fr/services/gynecologie-obstetrique

Hughton, B., Roberts, L., Bourgeois, Z., & Trivedi, S. (2025). Early Pregnancy Assessment centers for care of pregnant patients : a before and after review on emergency

department utilization. *Canadian Journal Of Emergency Medicine*, *27*(9), 711‑715. https://doi.org/10.1007/s43678-025-00958-7

Iyoke, C., Ugwu, O., Ezugwu, F., Onah, H., Agbata, A., et Ajah, L. (2014). Current approaches for assessment and treatment of women with early miscarriage or ectopic pregnancy in Nigeria : A case for dedicated early pregnancy services. *Nigerian Journal Of Clinical Practice*, *17*(4), 419. https://doi.org/10.4103/1119-3077.134003

International Confederation of Midwives [ICM]. (2024). Strategic Plan 2024-2026. Dans *International Confederation Of Midwives*. Consulté le 10 avril 2026, à l'adresse https://internationalmidwives.org/resources/strategic-plan-2024-2026/

Koller, J., & Vanpee, P. (2024). *L'influence de la dévolution des accouchements physiologiques sur la satisfaction professionnelle des sage-femmes hospitalières.* [Mémoire, UCLouvain]. https://thesis.dial.uclouvain.be/server/api/core/bitstreams/40d19f7a-b96a-49e1-b195-0eb123494ebc/content

Lancet. (2021). Miscarriage : worldwide reform of care is needed. *The Lancet*, *397*(10285), 1597. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)00954-5

Love, C., Newstead, H., Alvarez, T., Beattie, S., McNellie, J., Buchanan, P., Day, D., Larroche, L., Lilly, C., Salzédo, C., et Stevenson, A. (2015). Robert & Collins dictionnaire anglais-français, français-anglais. Dans *Robert & Collins* (7e éd., p. 507). HarperCollins Publishers et Dictionnaires Le Robert.

Luise, C., Jermy, K., May, C., Costello, G., Collins, W. P., & Bourne, T. H. (2002). Outcome of expectant management of spontaneous first trimester miscarriage : observational study. *BMJ*, *324*(7342), 873‑875. https://doi.org/10.1136/bmj.324.7342.873

Mehra, V. M., Farooqi, S., Sriram, P., et Tunde-Byass, M. (2024). Diagnosis and management of early pregnancy loss. *Canadian Medical Association Journal*, *196*(34), E1162 E1168. https://doi.org/10.1503/cmaj.231489

Miscarriage Association. (2025, 14 novembre). *The Charity*. https://www.miscarriageassociation.org.uk/about-us/the-charity/

National Institute for Health and Care Excellence [NICE]. (2019). Ectopic pregnancy and miscarriage : diagnosis and initial management. Dans *Royal College Of Obstetricians & Gynecologists* (Nº NG126). Consulté le 4 avril 2026, à l'adresse https://www.nice.org.uk/guidance/ng126/resources/ectopic-pregnancy-and-miscarriage-diagnosis-and-initial-management-pdf-66141662244037

Norton, W., & Furber, L. (2018). An exploration of how women in the UK perceive the provision of care received in an early pregnancy assessment unit : an interpretive phenomenological analysis. *BMJ Open*, *8*(8), e023579. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023579

Ordre des médecins. (2025, 30 juin). *Code de déontologie médicale - Article 2*. Ordre des Médecins. https://ordomedic.be/fr/code-2018/g%C3%A9n%C3%A9ralit%C3%A9s/2

Pacolet, J., Vanormelingen, J., & De Coninck, A. (2014). Tempus fugit : Een aggiornamento van toekomstverkenningen voor de zorgberoepen in de Vlaamse Gemeenschap. Dans *http://www.steunpuntwvg.be* (Nº 2014/01). Consulté le 24 mai 2026, à l'adresse https://lirias.kuleuven.be/retrieve/957e98bf-823f-49da-8059-a23df954bf1f

Pinnaduwage, L., Honeyford, J., Lackie, E., & Tunde-Byass, M. (2018). The Sustained Value of an Early Pregnancy Assessment Clinic in the Management of Early Pregnancy Complications : A 10-Year Retrospective Study. *Journal Of Obstetrics And Gynaecology Canada*, *40*(8), 1017‑1023. https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.12.002

Quenby, S., Gallos, I. D., Dhillon-Smith, R. K., Podesek, M., Stephenson, M. D., Fisher, J., Brosens, J. J., Brewin, J., Ramhorst, R., Lucas, E. S., McCoy, R. C., Anderson, R., Daher, S., Regan, L., Al-Memar, M., Bourne, T., MacIntyre, D. A., Rai, R., Christiansen, O. B.,. . . Coomarasamy, A. (2021). Miscarriage matters : the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *The Lancet*, *397*(10285), 1658-1667. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)00682-6

Service de Gynécologie de l'UZ Leuven et Service de Communication de l'UZ Leuven. (2025). Fausse couche précoce : Informations pour les patients [brochure]. Dans UZ Leuven (Éd.), *UZ Leuven*. Consulté le 12 mai 2026, à l'adresse http://www.uzleuven.be/fr/brochure/701556

Service Gynécologie et Obstétrique. (2023). Early Pregnancy Unit (EPU) : Fiche d'information patientes [brochure]. Dans *Hôpital Universitaire de Bruxelles*. Consulté

le 12 février 2026, à l'adresse https://www.erasme.be/sites/default/files/2023-12-20_brochure%20A5%20Early%20Pregnancy%20Unit%20FR%20PRINT%20%281%29.pdf

Service public de Wallonie. (2026, 23 avril). *Étudier dans une haute école ou à l'université*. Le Site Officiel de la Wallonie. Consulté le 3 mai 2026, à l'adresse https://www.wallonie.be/fr/demarches/etudier-dans-une-haute-ecole-ou-luniversite

Service Public Fédéral Belge. (2026). *Les compétences des communautés*. Belgium.be. Consulté le 25 avril 2026, à l'adresse https://www.belgium.be/fr/la_belgique/pouvoirs_publics/communautes/competences

Shorter, J. M., Pymar, H., Prager, S., McAllister, A., et Schreiber, C. A. (2021). Early pregnancy care in North America : A proposal for high-value care that can level health disparities. *Contraception*, *104*(2), 128-131. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2021.04.015

Silverio, S. A., Memtsa, M., Barrett, G., Goodhart, V., Stephenson, J., Jurković, D., et Hall, J. A. (2022). Emotional experiences of women who access early pregnancy assessment units : a qualitative investigation. *Journal Of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *43*(4), 574-584. https://doi.org/10.1080/0167482x.2022.2119958

Tidy, J., Seckl, M., et Hancock, B. (2020). Management of Gestational Trophoblastic Disease. *BJOG An International Journal Of Obstetrics And Gynaecology*, *128*, e1‑e27. https://doi.org/10.1111/1471-0528.16266

The Association of Early Pregnancy Units [AEPU]. (2026). *About The AEPU - The Association of Early Pregnancy Units*. The Association Of Early Pregnancy Units. Consulté le 4 avril 2026, à l'adresse https://aepu.org.uk/about-the-aepu/#

Tunde-Byass, M., et Cheung, V. Y. (2009). The Value of the Early Pregnancy Assessment Clinic in the Management of Early Pregnancy Complications. *Journal Of Obstetrics And Gynaecology Canada*, *31*(9), 841-844. https://doi.org/10.1016/s1701-2163(16)34302-x

Turner, J., Agatonovic-Kustrn, S., et Ward, H. (2015). Off-label use of misoprostol in gynecology. *Facts, Views and Vision in ObGyn*, 7(4), 261-264.

Université catholique de Louvain - Faculté MEDE (Éd.). (2025). *Certificat inter-universités : Echographie obstétricale et gynécologique*. UCLouvain. Consulté le 27 avril 2026, à l'adresse https://uclouvain.be/prog-2025-echo2fc-programme

UZ Brussel (Éd.). (2025). *Bekkenbodemkliniek*. Universitair Ziekenhuis Brussel. Consulté le 5 mai 2026, à l'adresse https://www.uzbrussel.be/en/web/bekkenbodemkliniek/artsen/-/asset_publisher/Ivxo0IhYZ8BP/content/dr.-paul-adriaensen

van den Berg, M. M., Goddijn, M., Ankum, W. M., Van Woerden, E. E., Van Der Veen, F., Van Wely, M., et Hajenius, P. J. (2015). Early pregnancy care over time : should we promote an early pregnancy assessment unit ? *Reproductive BioMedicine Online*, *31*(2), 192-198. https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2015.04.008

van den Berg, M. M., Hajenius, P. J., Mol, F., Hermens, R. P., Van Der Veen, F., Goddijn, M., et Van Den Boogaard, E. (2020). Guideline-based quality indicators for early pregnancy assessment units. *Reproductive BioMedicine Online*, *40*(3), 453-459. https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2019.12.003

van den Berg, M., Van Den Boogaard, E., Hermens, R., Van Der Veen, F., Goddijn, M., et Hajenius, P. (2022). Adherence to guideline-based quality indicators in early pregnancy care in hospitals with and without an early pregnancy assessment unit. *Reproductive BioMedicine Online*, *45*(3), 583-588. https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2022.04.012

Van Poucke, E., Dewilde, K., & Van Den Bosch, T. (2025). Medical versus expectant management for retained products of conception after initial treatment for early pregnancy loss or induced abortion, a systematic review. *Journal Of Endometriosis And Uterine Disorders*, *12*, 100134. https://doi.org/10.1016/j.jeud.2025.100134

Vermeulen, J., Fobelets, M., Schoentjes, A., Boucher, L., Depuydt, L., et D'haenens, F. (2024). Maternity care in the Brussels Capital Region : Towards a paradigm shift ? *European Journal Of Midwifery*, *8*(May), 1-4. https://doi.org/10.18332/ejm/186405

Vigoureux, S., Maurice, P., Sibiude, J., Garabedian, C., & Sananès, N. (2024). Prévention de l'allo-immunisation anti-RH1 au premier trimestre de la grossesse : recommandations pour la pratique clinique du Collège national des gynécologues-obstétriciens français. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, *52*(7‑8), 446‑453. https://doi.org/10.1016/j.gofs.2024.02.026

Volgsten, H., Jansson, C., Darj, E., et Stavreus‐Evers, A. (2018). Women's experiences of miscarriage related to diagnosis, duration, and type of treatment. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, *97*(12), 1491-1498. https://doi.org/10.1111/aogs.13432

Wauters, S., Niset, A., & Conradt, M. (2023, 1 novembre). *Carte blanche : les sages-femmes sont à bout de souffle !* Born In Brussels. Consulté le 25 avril 2026, à l'adresse https://www.bornin.brussels/actualites/carte-blanche-les-sages-femmes-sont-a-bout-de-souffle/

World Health Organisation [WHO]. (2024). *Transitioning to Midwifery Models of Care : Global Position Paper*. Consulté le 6 avril 2026, à l'adresse https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/c7d90142-382d-417b-8b56-7189bd855d82/content

World Health Organisation [WHO] (Éd.). (2025). Implementation guidance on transitioning to midwifery models of care. Dans *World Health Organisation* (Nº 978-92-4-011019-9). Consulté le 3 avril 2026, à l'adresse https://www.who.int/publications/i/item/9789240110199

Woo, L., Shirley, J., Wellman, E., Karreman, E., et Jabs, C. (2020). Effects of an Early Pregnancy Assessment Clinic (EPAC) on the Management of Spontaneous Abortions. *Journal Of Obstetrics And Gynaecology Canada*, *42*(9), 1086-1092. https://doi.org/10.1016/j.jogc.2020.02.126

World Health Organization [WHO]. (2024). *Transitioning to Midwifery Models of Care : Global Position Paper*. Dans *World Health Organization* (N° 978-92-4-009826-8). Consulté le 6 avril 2026, à l'adresse https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/c7d90142-382d-417b-8b56-7189bd855d82/content

World Health Organization [WHO] (Éd.). (2025). Implementation guidance on transitioning to midwifery models of care. Dans *World Health Organization*

(Nº 978-92-4-011019-9). Consulté le 3 avril 2026, à l'adresse

https://www.who.int/publications/i/item/9789240110199

Annexe 1

Annexe obligatoire — Déclaration d'usage de l'IA

1. **Identification**`

Nom et prénom de l'étudiante : Hélène Hupperts

Titre du TFE : « Sages-femmes en Early Pregnancy Units : un atout pour la qualité des soins »

Année académique : 2025-2026

Comité lecteur/CM : I. Depreter et M. Décourt

2. **Déclaration d'usage de l'intelligence artificielle**

Conformément aux directives institutionnelles, l'usage d'outils d'IA générative (ChatGPT, Copilot, Claude, Gemini, Perplexity, etc.) est autorisé dans la mesure où il est :

- Transparent
- Responsable
- Critique
- Vérifié par l'étudiante
- Sans atteinte à l'intégrité académique

2.1. Outils utilisés

- Chat GPT (GPT-5.3)
- Copilot (bizchat.20260429.16.2)

2.2. Finalités des usages

Cocher ou compléter :

☑ Reformulation ou amélioration linguistique
☑ Aide à la structuration du texte
☐ Soutien à la recherche documentaire (non substitut aux bases scientifiques)
☐ Aide au plan ou à la clarification des idées
☐ Préparation à l'oral
☐ Génération d'exemples ou d'idées préliminaires
☐ Aucune utilisation

☑ Autres (préciser) : aide à la traduction

2.3. Vérifications effectuées

L'étudiante certifie avoir :

- Vérifié toutes les informations fournies par l'IA
- Validé chaque référence via des sources académiques fiables
- Réécrit personnellement tout passage concerné
- Ajusté les contenus pour éviter biais et erreurs

2.4. Engagement sur l'intégrité

Je certifie :

- que le contenu du TFE est le résultat de mon travail personnel,
- que l'IA n'a rédigé aucune section à ma place sans vérification critique,
- que les entretiens, analyses, données ou réflexions personnelles ne proviennent pas d'une IA.

Signature manuscrite de l'étudiante : 

Date : 25/05/2026

« Sages-femmes en Early Pregnancy Units : un atout pour la qualité des soins ? »

© 2026 Hélène Hupperts

INTRODUCTION : Au cours du premier trimestre de la grossesse, les métrorragies, les douleurs pelviennes, les fausses couches précoces ou les grossesses ectopiques constituent des situations fréquentes nécessitant un suivi adapté, tant sur le plan clinique que psychosocial. Dans ce contexte, les Early Pregnancy Units (EPU) se développent comme des structures spécialisées permettant un accompagnement rapide et coordonné. Ce travail a pour objectif d'explorer la valeur ajoutée potentielle des sages-femmes au sein des EPU en Belgique, en analysant l'adéquation entre leurs compétences professionnelles, l'organisation spécifique des EPU et les besoins des femmes.

MÉTHODE : Une recherche documentaire a été menée à partir de la littérature scientifique internationale et de la littérature grise, en mobilisant plusieurs bases de données (PubMed, ScienceDirect, Cairn, HAL, Google Scholar). Les recommandations institutionnelles et les référentiels professionnels belges ont également été analysés afin de situer la pratique des sages-femmes dans leur cadre légal et organisationnel.

RÉSULTATS : Les compétences des sages-femmes en Belgique apparaissent en adéquation avec les besoins des EPU, notamment en matière de diagnostic, de coordination et d'accompagnement psychosocial. Un décalage persiste toutefois entre des critères de qualité centrés sur des dimensions biomédicales et organisationnelles, et les attentes des femmes, davantage orientées vers les aspects relationnels et émotionnels. Dans ce contexte, l'approche globale de la sage-femme constitue un levier pertinent d'amélioration de la qualité des soins en EPU.

DISCUSSION : En conclusion, l'intégration des sages-femmes au sein des EPU en Belgique semble constituer un levier pertinent pour répondre aux besoins multiples des femmes confrontées à des complications précoces de la grossesse, tout en favorisant une vision globale du soin, respectueuse de leur vécu.

MOTS-CLÉS : Early Pregnancy Unit (EPU), sage-femme, compétences professionnelles, Belgique, premier trimestre de grossesse, métrorragies, douleurs pelviennes, fausse couche précoce, grossesse ectopique, accompagnement psychosocial, qualité des soins.