

Faculté de santé publique

Hospitalisation à domicile dans le cadre des grossesses à risque en Fédération Wallonie-Bruxelles

Représentations des professionnels de santé et pistes pour une collaboration interprofessionnelle efficace

Mémoire réalisé par

Louise-Marie DROUSIE et Lalie ENGLEBERT

Promoteur(s)

Madame Sophie THUNUS

Année académique 2018-2019

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Hospitalisation à domicile dans le cadre des grossesses à risque en Fédération Wallonie-Bruxelles

Représentations des professionnels de santé et pistes pour une collaboration interprofessionnelle efficace

Mémoire réalisé par

Louise-Marie DROUSIE et Lalie ENGLEBERT

Promoteur(s)

Madame Sophie THUNUS

Année académique 2018-2019

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

REMERCIEMENTS

Nous tenons à témoigner toute notre reconnaissance à notre promotrice de mémoire, Professeur Sophie THUNUS, pour son encadrement et sa disponibilité tout au long de notre travail.

Nous remercions également nos lecteurs et membres du jury, le Professeur Jean MACQ et le Docteur Benoît MOONS pour le temps passé à lire notre mémoire et leur présence lors de sa défense orale.

Nos remerciements vont chaleureusement aux professionnels de santé (gynécologues-obstétriciens et sages-femmes) qui nous ont accordé de leur temps afin de rendre ce travail possible. Le partage de vos expériences et de vos idées a été particulièrement enrichissant.

Nous remercions tout particulièrement nos conjoints qui, dans les moments de doute, ont su nous soutenir et nous encourager. Nos pensées vont également à nos familles qui se sont montrées présentes et réconfortantes durant cette année scolaire. Vous avez, par votre gentillesse, contribué à l'élaboration de ce mémoire.

Nous avons une pensée particulière pour Madame Anne-Françoise DEGLASSE et Monsieur Thomas JUNGERS qui ont été d'une aide précieuse pour la relecture de ce travail de fin d'études.

LE PLAGIAT

Nous déclarons sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de notre plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté 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, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Nous déclarons avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

TABLE DES MATIERES

Introduction	1
Cadre théorique	3
1 Hospitalisation à domicile - concepts et littérature internationale :	4
1.1 Impacts de l'hospitalisation à domicile sur quelques indicateurs-clés	4
1.2 Bénéficiaires concernés	6
1.3 Quelles sont les pathologies obstétricales qui pourraient en bénéficier ?	7
2 Hospitalisation à domicile en Belgique :	12
2.1 HAD : définitions pour un modèle belge.....	13
2.2 Implémentation en Belgique.....	15
2.3 Où se situe l'HAD belge dans un contexte international ?	17
3 Collaboration interprofessionnelle et coordination des soins :	17
3.1 La collaboration interprofessionnelle	17
3.2 La coordination des soins	28
Méthodologie	34
1 Revue de littérature pour le cadre théorique	34
2 Présentation du travail.....	34
3 Choix de la méthode :	35
4 Sélection des participants	35
5 Mode de collecte des données.....	38
6 Préparation des entretiens	38
7 Déroulement de l'entretien :	39
8 Retranscription et analyse	39
Résultats.....	41
1 Sages-femmes indépendantes (Louise-Marie DROUSIE) :	41
1.1 Données d'échantillonnage	41
1.2 Synthèse des résultats des entretiens	41
2 Gynécologues-obstétriciens (Lalie ENGLEBERT) :	59
2.1 Caractéristiques de l'échantillon :	59
2.2 Apports des professionnels sur l'HAD des grossesses à risque	59

2.3	Catégories issues du modèle « The Four-Dimensional Model of Collaboration »	70
Synthèse des résultats et discussion		80
1	Travail exploratoire sur l'idée des hospitalisations à domicile	80
2	Collaboration interprofessionnelle	87
3	Forces et limites de l'étude	94
Conclusion		96
Bibliographie		99
ANNEXES.....		107

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACOG:	American College of Obstetricians and Gynecologists
CIHC:	Canadian Interprofessional Health Collaborative
CNGOF :	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
CSD :	Centrales de Services à Domicile et services associés
FWB :	Fédération Wallonie-Bruxelles
GAR :	Grossesse à Risque
GHR :	Grossesse à Haut Risque
GGOLFB :	Groupement des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique
HAD :	Hospitalisation à domicile
HAS :	Haute Autorité de Santé
ICRA :	Centre International pour la Recherche Agricole orientée vers le développement
INAMI :	Institut National Assurance Maladie Invalidité
KCE :	Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
MAP :	Menace d'accouchement prématuré
MIC :	Maternal Intensive Care
RPPE :	Rupture prématurée de la poche des eaux (= RPM)
OCDE :	Organisation de coopération et de développement économique
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONE :	Office de la Naissance et de l'Enfance
OPAT :	Outpatient parenteral antimicrobial therapy
SA :	Semaine d'aménorrhée
SF :	Sage-femme
SPF :	Service Public Fédéral
TICs :	Technologies de l'information et de la communication

INTRODUCTION

Depuis quelques temps, en raison d'une volonté politique d'*éviter de longs séjours hospitaliers inutiles, en combinaison avec une offre de formes de soins alternatives moins coûteuses* (Van Tielen & Van Woensel, 2016), nous assistons en Belgique à une restructuration du paysage des soins de santé, marquée notamment par une désinstitutionnalisation croissante. Nous pouvons mentionner à titre d'exemple l'article 107 au niveau de la santé mentale, les soins palliatifs à domicile ou encore des soins post-opératoires permettant de réduire les durées d'hospitalisation. Dans le domaine plus spécifique de l'obstétrique, le retour précoce à domicile a fait l'objet de projets-pilotes en 2016 et est maintenant instauré dans bon nombre d'hôpitaux en Wallonie, notamment via la mise en place d'un suivi post-natal par des sages-femmes (en plus de l'habituel relais par l'Office de la Naissance et de l'Enfance). En effet, dans le *plan d'approche de la réforme du financement des hôpitaux* exposé par la ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique le 28 avril 2015, la nécessité d'une réorganisation du paysage des soins de santé, entre autres en accordant une place plus importante aux soins transmuraux, est mise en avant. Dès lors, les structures hospitalières devront travailler de concert avec d'autres secteurs de soins, lors d'hospitalisations à domicile (HAD) par exemple (rendues possibles grâce aux progrès technologiques (Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé {KCE}, 2015)). Ce déplacement des soins vers le domicile implique une collaboration interprofessionnelle élargie ainsi qu'une coordination des soins adaptée.

Nous pensons que ce changement de paradigme peut représenter un défi professionnel important, notamment par la mise en commun d'objectifs partagés, par l'apparition de nouveaux moyens de collaborer ou par la reconnaissance des compétences de chacun. Dans ces grands changements politiques et organisationnels, la collaboration interprofessionnelle tient une place majeure, de par le rôle déterminant qu'elle détient dans la qualité des soins.

C'est dans ce contexte politique et les enjeux de collaboration qu'il impose que s'inscrit notre travail. Notre attention s'est portée sur un type particulier d'affection aiguë : les soins en cas de grossesse à risque. Selon l'Organisation de coopération et de développement économique {OCDE} (2017), le temps moyen d'hospitalisation pour des complications principalement liées à la grossesse est de 3,9 jours en 2016 en Belgique. Il est de 3 jours aux Pays-Bas et de 2,4 jours au Royaume-Uni. Nous avons émis l'hypothèse que cette différence dans la durée d'hospitalisation pouvait être liée à une plus grande prise en charge de ces pathologies en extrahospitalier dans les pays susmentionnés. En Belgique, une prise en charge sous forme

d'hospitalisation à domicile de certaines pathologies obstétricales pourrait, à notre sens, répondre aux attentes de désinstitutionalisation croissante. Suite à ces constatations et au vu de notre intérêt pour cette thématique, nous avons souhaité recueillir les avis des professionnels de santé sur la question ; mais aussi et surtout identifier préalablement leurs besoins en termes de collaboration interprofessionnelle et coordination des soins dans le cadre de l'HAD des grossesses à risque. Cela nous a mené à cette question : ***“Quels sont, sur base des freins et leviers identifiés par les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes indépendantes, leurs attentes et besoins spécifiques leur permettant d'assurer une collaboration interprofessionnelle efficace dans le cadre de l'hospitalisation à domicile des grossesses à risque ?”*** Ce travail a donc pour but de récolter leurs représentations sur l'hospitalisation à domicile des grossesses à risque et de dégager des idées et pistes de solutions permettant une collaboration interprofessionnelle efficace.

Dans un premier temps, le cadre théorique nous permettra de présenter les résultats de notre recherche de littérature internationale concernant l'hospitalisation à domicile au sens large et ses enjeux, les « profils » de patients pouvant en bénéficier et les pathologies obstétricales qui pourraient être concernées. Ensuite, nous nous concentrerons sur la Belgique et sa définition du concept ainsi que les enjeux de son implémentation. Nous nous intéresserons également à la collaboration interprofessionnelle et son importance, notamment à l'aide de différents modèles. Nous terminerons le cadre théorique par un point d'attention sur la coordination des soins entre les secteurs intra et extrahospitaliers. Dans un second temps, nous réaliserons deux enquêtes qualitatives, auprès des obstétriciens et des sages-femmes indépendantes impliqués dans la prise en charge des grossesses à risque. Nous sonderons d'abord leurs perceptions sur l'HAD en obstétrique, ainsi que les freins et leviers qu'ils identifient vis à vis de ce type de prise en charge. Ensuite, durant nos entretiens, nous tenterons d'obtenir leurs avis et idées concernant des pistes concrètes à mettre en place pour leur assurer une collaboration interprofessionnelle jugée efficace et sécuritaire. Nous avons décidé de réaliser un mémoire conjoint. Ainsi, une étudiante réalisera une enquête qualitative auprès des obstétriciens au sein du secteur hospitalier, et la seconde avec les sages-femmes, acteurs clés dans le suivi des grossesses à risque dans le cadre du secteur extrahospitalier. Et enfin, l'analyse des entretiens se fera de manière à la fois déductive (à l'aide d'un modèle de collaboration validé par la littérature) et inductive. Après des analyses séparées, nous comparerons les résultats obtenus dans nos deux études pour mettre en évidence les points de similitude et les divergences qui ressortent des deux professions.

CADRE THÉORIQUE

Commençons par définir les concepts majeurs qui seront utilisés tout au long de ce travail :

- L'**hospitalisation à domicile** (HAD) consiste à *délivrer au domicile du patient des soins qui, autrement, ne pourraient être délivrés qu'à l'hôpital* (KCE, 2015). La définition proposée par le KCE est assez large et laisse place à beaucoup de possibilités d'interprétation. Par souci de clarté, ce concept sera plus largement exploré ultérieurement dans ce travail. Le concept d'HAD regroupe également les dispositions visant à raccourcir ou remplacer les séjours hospitaliers (KCE, 2015).
- Une **grossesse** est dite « **à risque** » (GAR) lorsque *la mère et/ou le fœtus courent un risque plus élevé que la normale de morbidité ou mortalité. Les causes comprennent des soins prénatals inadéquats, les antécédents obstétricaux (avortement spontané), une maladie maternelle pré-existante, une maladie induite par la grossesse (hypertension gestationnelle), une grossesse multiple, aussi bien qu'un âge maternel avancé* (MeSH, 2017)). Bon nombre de ces grossesses sont actuellement suivies en structure hospitalière.
- La **collaboration interprofessionnelle** est un *processus de développement et de maintien de relations de travail interprofessionnelles avec des apprenants et des professionnels, des personnes / patients ou des clients, la famille ou les proches et la communauté qui permettent l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé et de services sociaux*. (Canadian Interprofessional Health Collaborative {CIHC}, 2010).
- L'**interprofessionnalité** quant à elle, est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé {OMS} (2010) comme *un apprentissage et une activité qui se concrétisent lorsque des spécialistes issus d'au moins deux professions travaillent conjointement et apprennent les uns des autres au sens d'une collaboration effective qui améliore les résultats en matière de santé*. Paulard (2013) ainsi que l'OMS (2010) vont aussi dans ce sens, en mentionnant l'importance du développement des compétences interprofessionnelles de chacun afin d'améliorer la sécurité de la prise en charge des patients.

1 Hospitalisation à domicile - concepts et littérature internationale :

Le concept d'hospitalisation à domicile naît en France en 1961 et a été depuis implémenté dans de nombreux pays, comme le Royaume-Uni, le Canada, l'Australie, l'Espagne ou encore les Etats-Unis (González-Ramallo, Mirón-Rubio, Mual, Estrada & Rivera, 2017). Son but est de fournir des soins, y compris des soins dits « spécialisés » au domicile des patients. D'un pays à l'autre, la façon dont l'HAD est considérée et sa philosophie peuvent être très différentes. Chez nos voisins français, on recensait en 2012 plus de deux-cents établissements d'HAD. Ils sont très divers de par leur statut public ou privé, adossé ou non à un établissement de santé traditionnel, ou autonome (associatif) et de par leur taille (Fabry *et al.*, 2012). L'HAD a été instauré par la loi hospitalière de décembre 1970 et fait donc partie des structures sanitaires françaises.

Suite au vieillissement croissant de la population et à la nécessité de trouver des alternatives sûres et moins coûteuses, l'hospitalisation à domicile a pris de l'ampleur ces dernières années (Caplan *et al.*, 2012). Cette prise en charge particulière permettrait entre autres de libérer des lits hospitaliers pour les soins aigus (Gonçalves-Bradley *et al.*, 2017). Dans une publication parue dans la *Revue Officielle de la Société française d'Hygiène Hospitalière*, le raccourcissement des durées d'hospitalisation conventionnelle, le maintien dans un environnement familial, l'implication de la famille et des proches sont des facteurs qui contribuent au développement de cette offre de soins (Fabry *et al.*, 2012). Dans un article paru dans l'*European Journal of Internal Medicine* en 2013, le bien-être du patient, la réduction des risques d'infections nosocomiales ainsi que la réduction des coûts sont également des éléments invoqués en faveur de l'HAD en Angleterre (Seaton & Barr, 2013).

1.1 Impacts de l'hospitalisation à domicile sur quelques indicateurs-clés

Nous avons parcouru la littérature scientifique concernant l'HAD et son impact. En règle générale, les résultats présentés par la littérature indiquent qu'il n'y a pas de différence significative concernant le taux de mortalité ou l'efficacité et la sécurité des soins entre les groupes témoins (hospitalisation « classique ») et les groupes expérimentaux (HAD) (Caplan *et al.*, 2012; Conley, O'Brien, Leff, Nolen & Zulman, 2016 ; Gonçalves-Bradley *et al.*, 2017). Les études ont été réalisées pour des groupes de patients nécessitant des soins médicaux (ex : AVC, patients âgés polymédiqués, soins psychiatriques) ou ayant subi une intervention chirurgicale.

Il nous semblait néanmoins intéressant de mentionner que, dans la méta-analyse réalisée par Caplan *et al.* (2012), l'analyse de sensibilité révèle une réduction significative de la mortalité pour les patients (tous sous-groupes confondus) ayant bénéficié d'une HAD ($P = 0.008$), lorsque les études traitant des *retours précoces suivis par une prise en charge à domicile* en plus des études parlant de *substitutions complètes à l'hospitalisation classique*, étaient prises en compte.

Une étude menée par Gonzales-Ramalo *et al.* (2017) conclut que l'HAD est particulièrement efficace dans la gestion de certaines pathologies entraînant une augmentation des temps d'hospitalisation, comme les infections nosocomiales, par exemple (point mis en évidence par Mme De Block dans son communiqué de presse de 2017). Ainsi, selon ces auteurs, une antibiothérapie IV à domicile pourrait être envisagée, moyennant certaines conditions pour garantir la sécurité des soins : la présence d'un professionnel de santé aguerri, les conditions d'hygiène du domicile dans lequel sera dispensé l'antibiothérapie et la disponibilité de services de communication téléphonique. L'étude de Gonzales-Ramalo *et al.* (2017) nous amène à une notion qui n'a pas été mentionnée dans les autres études : l'HAD permettrait une réduction des contraintes liées à un isolement en structure hospitalière.

Les indicateurs purement médicaux semblent indiquer que, sous certaines conditions, une hospitalisation à domicile n'expose pas le patient à des risques plus élevés que s'il était suivi en structure hospitalière. Cependant, il est également important de s'intéresser au ressenti de ce dernier et à son confort. Dans les publications de Gonçalves-Bradley *et al.* (2017) et de Conley *et al.* (2016), il est fait mention d'une augmentation significative de la satisfaction des patients hospitalisés à domicile comparé à ceux bénéficiant d'une hospitalisation classique (faible niveau de preuve - 3 revues/ 6 pour la revue systématique de Conley *et al.* (2016)). Ces résultats semblent donc indiquer que de manière générale, le patient ne serait pas moins satisfait s'il est suivi à domicile. La revue systématique de Conley *et al.* est une des seule à mentionner la satisfaction des professionnels de santé : 4 études ont démontré une légère mais néanmoins significative augmentation de la satisfaction des travailleurs. Les autres ne démontrent aucune différence statistique (Conley *et al.*, 2016).

Pour envisager cette prise en charge, il est également important de s'interroger sur sa faisabilité financière. D'une manière générale, les publications sur l'HAD indiquent un manque de preuves suffisantes pour conclure à un effet sur les coûts liés aux soins de santé (Gonçalves-Bradley *et al.*, 2017) (Caplan *et al.*, 2012) (Shepperd *et al.*, 2016). En effet, la prise en compte

des coûts indirects est difficile à inclure dans les études. Seule l'étude de González-Ramallo *et al.* (2017) semble indiquer que les gains économiques obtenus suite à l'HAD pour le traitement des infections par voie parentérale seraient de plus de 80%, si on compare avec la prise en charge traditionnelle. Ce gain est supérieur à celui obtenu par l'HAD pour d'autres pathologies. *Il est important de noter que des études supplémentaires seraient nécessaires pour affirmer une modification dans les coûts pour les deux modes de prise en charge.*

1.2 Bénéficiaires concernés

Ces différentes études posent la question des critères d'éligibilité des patients pouvant bénéficier d'une HAD. Il semble en effet établi que tous les patients ne peuvent pas y avoir accès. Dans bon nombre des pays qui ont été étudiés, la plupart des critères d'éligibilité sont liés à l'intensité des soins nécessaires (par exemple : degré de multidisciplinarité ou fréquence nécessaire des passages) plutôt qu'à la pathologie en elle-même (KCE, 2015).

A l'international, nous avons pu mettre en évidence deux pays pour lesquels l'Etat a instauré un arbre décisionnel ou un algorithme pour aider à la décision d'HAD : la France (Algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en hospitalisation à domicile (HAD) à destination des médecins prescripteurs - HAS) et le Royaume-Uni (arbre décisionnel- OPAT : Outpatient parenteral antimicrobial therapy). Certaines similitudes entre les deux documents sont à relever : le patient doit être cliniquement stable, c'est à dire que sa situation ne nécessite pas une surveillance intensive à son chevet et que sa situation ne peut pas basculer d'un moment à l'autre. Il faut également que le patient ne soit pas isolé socialement et que son environnement soit adapté à une prise en charge à domicile (téléphone accessible, facilités de transport en urgence, ...). Les capacités cognitives du patient entrent également en ligne de compte dans les deux modèles décisionnels. Il faut qu'il ait les capacités physiques et cognitives de pouvoir alerter l'équipe si nécessaire. L'algorithme créé par la HAS se trouve en annexe 1. A l'heure actuelle, en Belgique, aucune liste de pathologies pouvant être prises en charge à domicile ni aucun algorithme n'ont été clairement établis (KCE, 2015) et cette absence de listing laisse entrevoir la possibilité d'adapter l'HAD au domaine de l'obstétrique. Les populations cibles dépendent aussi de l'offre locale de soins disponible (KCE, 2015). Cette notion est très importante et nous a conduit à envisager une étude qualitative répartie sur différentes provinces afin de recueillir les disparités éventuelles dans les besoins des professionnels en fonction de la zone géographique.

1.3 Quelles sont les pathologies obstétricales qui pourraient en bénéficier ?

Avant d'interroger les professionnels de la périnatalité à ce sujet, nous souhaitons faire le point sur deux pathologies obstétricales le plus souvent rencontrées. En effet, il est important d'informer le lecteur de l'état actuel de la littérature sur leur prise en charge en extrahospitalier.

1.3.1 La menace d'accouchement prématuré :

La Menace d'Accouchement Prématuré (MAP) est la première cause d'hospitalisation pendant la grossesse (Ancel, 2002). C'est une *pathologie qui associe des contractions utérines régulières, douloureuses et une modification cervicale intervenant entre 22 et 36+6 SA. En l'absence de traitement, la MAP évolue vers un accouchement prématuré* (Groupement des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique {GGOLFB}, 2017).

La prématurité, quant à elle, se définit comme étant un accouchement avant 37 semaines d'aménorrhée (SA), ce qui équivaut à 35 semaines de grossesse. Au niveau mondial, les accouchements prématurés représentaient en 2016 de 5 à 13 % des grossesses et était la première cause de morbidité et mortalité néonatale (Nijman, Van Vliet, Koullali, Mol & Oudijk, 2016). Concernant la Belgique, l'ONE a recensé, en 2013, 3990 naissances avant 37 SA, soit 8,7% des naissances cette année-là. Ce chiffre était de 7,1% en 1994. Les causes de MAP sont multiples et ne peuvent pas toujours être clairement identifiées. Certains facteurs de risque peuvent cependant être mentionnés comme les grossesses multiples, les antécédents d'accouchement prématuré, les malformations utérines ou cervicales, un placenta praevia, un polyhydramnios, des facteurs psychosociaux, ... (GGOLFB, 2017) (Siegal, 2018). Cette pathologie nécessite actuellement une hospitalisation afin d'établir l'étiologie et la mise en place d'un traitement optimal. Nos premières recherches ont porté sur les possibles adaptations présentées par la littérature pour déplacer cette hospitalisation vers le domicile. Ensuite, nos recherches se sont dirigées vers les recommandations de la littérature et si oui ou non une telle prise en charge est jugée sécuritaire et envisageable.

Selon le Groupement des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique (GGOLFB), lorsqu'une décision d'hospitalisation a été posée chez une patiente en MAP, les surveillances à effectuer sont les suivantes : surveillance quotidienne de l'activité utérine et du bien-être fœtal via un CTG et les paramètres de la patiente. Une fois par semaine : prise de sang permettant de doser les EHC-CRP, tests hépatiques, frottis vaginal et examen microbiologique des urines. Selon le GGOLFB toujours, une échographie fœtale ainsi que la longueur du col doivent être contrôlés une à deux fois par semaine. Nous souhaitons rebondir sur ce dernier

point en indiquant que, bien que dans la pratique, des échographies endovaginales permettant d'évaluer l'état du col soient réalisées en cas de MAP, selon l'American College of Obstetricians and Gynecologists {ACOG} (2012) le screening cervical par ultrasons peut s'avérer utile, mais n'est pas mandaté chez les patientes n'ayant pas d'antécédent d'accouchement prématuré (niveau moyen de preuve). Le collège ajoute que chez les femmes enceintes d'un seul fœtus, la longueur du col seule a une faible valeur prédictive d'un accouchement prématuré et ne doit pas être la seule donnée qui entre en ligne de compte pour décider de la marche à suivre (ACOG, 2012 - niveau moyen de preuve).

Nous venons de le lire, lors du suivi hospitalier des menaces d'accouchement prématuré, la surveillance de l'activité utérine via des monitorings réguliers est généralement réalisée afin d'objectiver la présence des contractions utérines et ainsi réduire la morbidité et la mortalité associée à la prématurité. A domicile, la détection précoce des contractions utérines est importante afin de permettre une prise en charge rapide et ainsi réduire le risque d'accouchement prématuré. Dès lors, l'empowerment des patientes notamment dans cette détection est essentielle. Ainsi, la plupart des études reprises dans la revue systématique de Urquhart, Currell, Harlow & Callow (2017) ont comparé des femmes ayant une grossesse normale et ayant bénéficié d'une éducation sur les signes d'un travail prématuré avec celles suivies uniquement par monitoring, sans processus d'empowerment. Ces études ont montré qu'il y avait peu de différence dans les taux d'accouchement prématuré entre les femmes ayant reçu une éducation à la santé pour déceler leurs contractions utérines et celles ayant été suivies uniquement par monitoring. Cette étude semble dès lors indiquer qu'un empowerment efficace et efficient des patientes sur les signes de MAP pourrait réduire l'intensité de suivi par monitoring (mais celui-ci reste indispensable pour leur objectivation et même à domicile, une surveillance par CTG de manière régulière reste de mise).

Suite à nos expériences professionnelles respectives, nous avons également pu observer que le repos de la patiente est parfois prescrit et donc également surveillé par les équipes de soins. Cependant, le repos quasi strict (déplacements autorisés pour se rendre aux toilettes et se laver), d'usage courant dans certaines institutions hospitalières, a fait l'objet d'études spécifiques dans le traitement de la MAP. Les recommandations concernant cette pratique ont été revues et des études récentes mentionnent que l'alitement strict ne fait la preuve d'aucun bénéfice (Lett & Arcangéli-Belgy, 2013). Cette affirmation rejoint celle avancée dans une revue systématique de 2017, mise à jour en 2018 par Siegal, Van Zuuren & Ehrlich, où le repos au lit et/ou la restriction font partie des interventions *à éviter ou reconsidérer pour la gestion des MAP, étant donné leur*

faible niveau de preuve ou l'absence de preuve (Siegal 2018). De plus, Lett & Arcangéli-Belgy (2013) mentionne que le repos en milieu hospitalier est souvent moins bon qu'à domicile et que dans ce cadre, le suivi à domicile améliore nettement la satisfaction des patientes qui en bénéficient.

Enfin, un traitement tocolytique est généralement mis en place durant l'hospitalisation. Actuellement, le fait de maintenir un traitement tocolytique au-delà de 48h (le temps de réaliser une maturation pulmonaire fœtale) fait état de nombreux débats dans la littérature scientifique. Dans une revue systématique, publiée en 2017 par Dehaene *et al.*, menant une réflexion sur la tocolyse dans le cadre de la MAP en Europe, les auteurs indiquent que la prolongation d'un traitement tocolytique au-delà de 48h n'a démontré aucune efficacité dans le maintien de la grossesse ou la diminution de morbidités néonatales (bien que les RCT sur lesquels cette revue est basée présentent certains biais). La revue systématique mentionne également que, au-delà du maintien de la grossesse, les conséquences néonatales devraient être le critère de décision principal dans le choix de prolonger le traitement ou non.

Nous nous sommes donc penchées sur les résultats d'un RCT de Roos *et al.* (2013) portant sur l'effet d'une prolongation de la tocolyse à la Nifédipine après une stabilisation initiale de 48h (Via Atosiban ou Nifédipine) et une maturation pulmonaire sur les conséquences néonatales. Les résultats de cet essai randomisé en double aveugle montrent qu'il n'y a pas de différence significative concernant le terme de l'accouchement entre le groupe placebo et le groupe ayant reçu la Nifédipine (HR, 1.0; 95% CI, 0.83-1.2). Concernant les conséquences périnatales négatives, sur la santé maternelle et fœtale, aucune différence significative n'a été démontrée entre les deux groupes (résultats similaires pour les patientes à « haut risque » (col < 15 mm et test à la fibronectine fœtale positif)). Ces résultats rejoignent ceux présentés par une revue systématique de 2016 où les auteurs mentionnent que, selon une méta-analyse Cochrane de Naik Gaunekar & Crowther (2004), la tocolyse de maintenance à l'aide de la Nifédipine (la plus souvent utilisée) ne montre pas de différence dans l'incidence de naissances prématurées (RR 0.97, 95% CI 0.87-1.09; cinq essais, 681 femmes) ou dans la mortalité néonatale (0.75, 0.05 - 11.76; deux essais, 133 enfants) entre les patientes traitées à la Nifédipine et le groupe placebo. Selon ces différentes études, il semblerait donc que la tocolyse de maintenance dans le traitement de la MAP ne soit pas recommandé car peu efficace pour améliorer la santé néonatale.

En Belgique, le KCE (2014) recommande fortement de *ne pas prescrire d'antagonistes de l'ocytocine en traitement de maintenance (>48 heures de tocolyse) chez les femmes ayant présenté une menace d'accouchement prématuré*. En effet, bien que les études aient montré que l'administration de tocolytiques pouvaient en effet retarder l'accouchement, il s'est avéré que, dans la méta-analyse sur laquelle s'est basé le KCE pour son rapport, *comparé au placebo, aucun agent tocolytique ne s'est avéré efficace pour réduire les risques de mortalité néonatale ou de SDR néonatal*. La tocolyse de maintenance n'est donc pas recommandée en Belgique, sauf lorsque la patiente présente à nouveau des contractions utérines avant 28 semaines de gestation.

Il est évident qu'une hospitalisation à domicile n'a de sens qu'à partir du moment où elle n'augmente pas de manière significative le taux d'accouchements prématurés et les morbidités (maternelles et/ou fœtales) associées, c'est pourquoi nos recherches ont également pris cette direction.

Plusieurs études mentionnent que la prise en charge à domicile présente une alternative intéressante à l'hospitalisation classique (alors réservée aux cas nécessitant une prise en charge intensive). Une étude menée en 2001 par Goulet *et al.* démontre que, après une stabilisation initiale en structure hospitalière, la prise en charge à l'hôpital ou à domicile donne des taux statistiquement similaires de naissances prématurées (niveau moyen de preuve) (Goulet *et al.*, 2001). Cette dernière étude n'a montré aucune différence significative concernant l'âge gestationnel à la naissance ($p = 0,96$), le poids de naissance ($p = 0,6$) ou l'admission en NIC ($p = 0,7$) entre le groupe expérimental et le groupe témoin. Un article publié en 2011 par Salzmann, Gaucherand et Doret rejoint ces résultats, en indiquant le manque de bénéfices d'une hospitalisation prolongée dans le cadre des menaces d'accouchement prématuré (Salzmann *et al.*, 2011).

Certains auteurs attirent cependant notre attention sur le fait que, même si le suivi à domicile des patientes MAP n'a pas d'influence négative sur le pronostic obstétrical, une absence d'uniformisation des conduites à tenir peut poser problème (Lett & Arcangéli-Belgy 2013) et que plus d'implications et d'efforts collaboratifs entre les hôpitaux, les équipes de soins à domicile et les familles sont nécessaires (Goulet *et al.*, 2001). De plus, l'essai clinique randomisé mené par Goulet *et al.* (2001) indique que les programmes de prise en charge à domicile devraient être réalisés par des professionnels directement reliés à un service

hospitalier, plutôt que via un organisme communautaire car les professionnels reliés à un hôpital ont plus d'expérience vis-à-vis des situations urgentes.

1.3.2 Rupture prématurée de la poche des eaux

Une autre pathologie fréquemment rencontrée dans les services de grossesse à risque est la rupture prématurée de la poche des eaux, qui survient pour 2 à 3 % des grossesses avant 37 semaines d'aménorrhée. La rupture de la poche des eaux (RPE) ou la rupture des membranes (RM) est dite « prématurée » lorsqu'elle intervient avant le début du travail, mais le réel problème se pose lorsque cette rupture a lieu bien avant le terme de la grossesse. Les ruptures avant 35 SA exposent la mère et l'enfant à un risque de prématurité et d'infections maternelles ou fœtales (Dussaux, 2017).

Différentes études s'accordent à dire qu'il est préférable de maintenir la grossesse si la rupture de poche intervient entre 24 et 34 SA, une attitude expectative étant recommandée jusqu'à 33SA (ACOG - recommandation de grade A).

Il est important de bien prendre en compte la balance bénéfices-risques pour limiter au maximum les morbidités liées à un accouchement prématuré, tout en évitant les complications liées au maintien de la grossesse. Ceci nécessite donc une surveillance accrue de la mère et de l'enfant durant la période expectative. Selon une revue systématique de El Senoun & Mousa (2014), il n'y a pas à ce jour de preuves probantes pouvant témoigner du « meilleur » endroit pour assurer cette surveillance. Tout dépend évidemment du contexte. Certaines situations à très hauts risques nécessitent une prise en charge hospitalière exclusivement, mais cela n'est pas la majorité des cas.

Nous avons pu découvrir que la littérature sur la prise en charge à domicile de la rupture de poche présente de nombreux avis contradictoires. Selon les recommandations de l'ACOG, la prise en charge expectative à la maison n'est pas recommandée. Pour les ruptures de poche inférieures à 24 SA, l'ACOG recommande l'hospitalisation pour un repos au lit strict, une surveillance des signes d'infection et de décollement placentaire, et des monitorings fœtaux éventuels lorsque cela devient possible. Cependant, d'après une étude de Huret, Chanavaz-Lacheray, Grzegorzczak-Martin & Fournet (2012) et selon les recommandations du Collège National des gynécologues - Obstétriciens Français (CNGOF), une hospitalisation à domicile est envisageable afin de réduire les coûts de prise en charge après une hospitalisation initiale pour les patientes stables et sans critère de mauvais pronostic (*la prise en charge à domicile des patientes cliniquement stables après au moins 48 heures de surveillance hospitalière est*

possible (accord professionnel) (CNGOF)). Les résultats de cette étude démontrent que le taux de morbi-mortalité maternel et néonatal entre les patientes rentrées à domicile et celles restées en hospitalisation ne présente pas de différence significative et que la durée d'hospitalisation néonatale est plus courte pour les patientes rentrées à domicile. Cela est à considérer avec de nombreuses précautions puisque le terme d'accouchement est en moyenne de 37+3 SA dans le groupe des patientes suivies à domicile contre 36+4 SA pour celles hospitalisées.

Ces recommandations rejoignent les résultats d'une étude menée par Garabedian *et al.* (2016), qui indiquent que lors d'une hospitalisation à domicile pour les patientes ayant une rupture prématurée des membranes entre 24 et 35 SA, aucune différence significative n'était mise en évidence en ce qui concerne le devenir de la grossesse, de l'accouchement ainsi que du nouveau-né. De plus, les auteurs mentionnent que les femmes enceintes hospitalisées à domicile recevaient moins d'antibiothérapie avec un taux similaire de chorioamniotite. Comme dit dans l'étude, les critères permettant une hospitalisation à domicile ne sont pas systématiques et nous pouvons d'ailleurs constater des disparités entre les études que nous avons consultées. Néanmoins, certains critères tels que l'âge gestationnel, la santé maternelle ou fœtale, les complications de la grossesse sont généralement présents. Une notion mentionnée dans cet article est la zone géographique de couverture de l'HAD. C'est cette notion, entre autres, qui nous a mené à choisir 3 zones géographiques différentes au sein de la FWB pour la réalisation de nos entretiens.

La revue systématique de El Senoun *et al.* publiée par la Cochrane Library, indique que les **preuves sont insuffisantes** pour se prononcer sur la morbidité/ mortalité maternelle et fœtale pour les RPPE < 37 SA. Dès lors, la prise en charge à domicile ne bénéficie pas, à l'heure actuelle, de preuves suffisantes pour être recommandée.

2 Hospitalisation à domicile en Belgique :

Dans son communiqué de presse du 9 mars 2017, Madame De Block exprime les bénéfices qu'elle espère retirer de l'implémentation à grande échelle de l'HAD en Belgique. Elle pense notamment que le patient pourrait, tout en bénéficiant de soins sûrs et de même qualité que ceux reçus à l'hôpital, profiter du bien-être et du confort de son environnement habituel. Le suivi serait personnalisé grâce au médecin traitant et à une équipe pluridisciplinaire. De plus, Madame la Ministre énumère d'autres avantages comme le fait que l'entourage du patient ne sera pas limité par le temps au chevet de ce dernier contribuant à une amélioration de son moral

ainsi qu'une diminution du risque d'infection nosocomiale et une amélioration du moral du patient. (De Block, 2017)

2.1 HAD : définitions pour un modèle belge

Comme nous l'avons mentionné au début de ce cadre théorique, il nous semble primordial de définir de façon plus précise ce qui sera sous-entendu par le terme « hospitalisation à domicile », car de nombreuses interprétations sont possibles étant donné la définition très large proposée par le KCE dans son rapport.

L'HAD en Belgique en est actuellement à ses balbutiements et par conséquent, peu de littérature scientifique est disponible à ce sujet. La littérature grise a donc été explorée. Afin de mieux comprendre ce que le gouvernement entend par cette notion, nous avons d'abord parcouru ce qui est indiqué dans l'appel à candidature présenté par le Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement {SPF Santé Publique} (2016), lequel offre une vue d'ensemble de ce qu'est une HAD. Dans son appel à candidature, le SPF Santé Publique énonce les caractéristiques principales devant être prises en considération par les structures si elles souhaitent déposer une candidature. Par extension, nous pensons que ces caractéristiques (au nombre de 10 - voir annexe 2) sont également celles attendues d'une HAD en règle générale. Trois d'entre elles ont particulièrement retenu notre attention car nous pensons qu'elles ont un rapport direct avec la collaboration interprofessionnelle et l'objectif poursuivi dans notre mémoire :

- le point 5: *L'offre de soins est pilotée par une **équipe multidisciplinaire** de prestataires de soins, avec des tâches et des responsabilités attribuées clairement et au sein de laquelle les dispensateurs de soins hospitaliers et extramuraux collaborent sur pied d'égalité. Les soins aux patients, basés sur un plan de soins fondé sur des données probantes, sont structurellement et systématiquement coordonnés.*
- le point 7 : *Pour la coordination des soins, il est conseillé d'utiliser un **dossier de patients électronique intégré / un échange de données électroniques** qui (à terme) pourrait être utilisé par tous les prestataires de soins (et pas uniquement par les hôpitaux) et auquel le patient aurait accès à terme. L'utilisation d'applications 'mobile health' connectées au dossier patient électronique est encouragée.*

- Le point 10: *Il est clairement défini **quel prestataire est responsable du patient** dans quelle phase. Une information proactive vers le patient et son entourage est organisée afin qu'ils sachent à tout moment à qui s'adresser.*

D'autres éléments du document (SFP Santé publique, 2016) ont également attiré notre attention. En effet, il est demandé aux institutions de définir en quoi *la prise en charge HAD se distingue d'une prise en charge ambulatoire de type soins à domicile*. Le SPF Santé Publique (2016) indique clairement qu'il ne faut pas entendre par HAD une prolongation d'un séjour à l'hôpital ou un *suivi* à domicile après un retour à la maison, comme cela se fait couramment aujourd'hui (dans le domaine de l'obstétrique entre autres).

Mais quels sont les éléments permettant de distinguer le suivi à domicile de l'HAD ? Nous avons cherché à obtenir d'autres informations dans la littérature grise car les éléments mentionnés dans cet appel à projet ne nous permettaient pas de répondre à cette question.

La fédération des Centrales de services à domicile et services associés {CSD} de Belgique donne des explications sur ce qu'elle entend par HAD en Belgique. Elle la définit comme étant une ***prise en charge globale du patient à domicile 24h/24***. Outre des services assurant la santé (soins paramédicaux et médicaux), la prise en charge globale comprend aussi des services d'hôtellerie (repas, gestion du linge, entretien, ...), de télévigilance (monitoring à distance) et de fourniture de matériel (FCSD, 2017). Le tout est supervisé par un référent HAD. Le référent HAD est une personne ayant reçu une formation *médico-sanitaire*, capable d'évaluer la situation du patient dans sa globalité. C'est cette personne qui sera chargée de la coordination des services dont le patient a besoin (FCSD, 2013). Cette définition proposée par les CSD rejoint la définition proposée par la Haute Autorité de Santé en France (la France qui, rappelons-le, est pionnière dans le concept de l'HAD). Elle définit l'HAD comme étant un *établissement de santé qui permet d'assurer au domicile du patient, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des **soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés**. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes* (Haute Autorité de Santé {HAS}, 2019). En France toujours, la circulaire du 30 mars 2000 spécifie les champs d'application de l'HAD : *l'hospitalisation à domicile concerne les malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui en l'absence d'un tel service seraient hospitalisés en établissement de santé*. (Fabry et al., 2012). Les patients peuvent être admis soit suite à un séjour en milieu hospitalier, soit l'hospitalisation à domicile est initiée directement à domicile.

Après avoir exposé les nuances et éléments constitutifs de l'HAD présentés par ces différents organismes, nous pouvons voir que l'hospitalisation à domicile est très différente d'un suivi à domicile, après un retour précoce par exemple. C'est un établissement de santé accrédité et certifié à part entière qui permettrait, selon la FCSD (2013), de diminuer les coûts pour l'INAMI, de libérer des lits hospitaliers pour ceux qui en ont réellement besoin et de rendre le séjour en hôpital moins traumatisant.

2.2 Implémentation en Belgique

En Belgique, il n'existe pas à l'heure actuelle de statut reconnu pour l'HAD, même si de nombreux acteurs pratiquent déjà l'une ou l'autre forme de soins se revendiquant comme tel. Le rapport du Centre Fédéral d'Expertise indique qu'en Belgique, de plus en d'initiatives disparates concernant les hospitalisations à domicile voient le jour dans différents domaines. C'est dans ce contexte qu'en mars 2017, Maggie De Block a donné le coup d'envoi de 12 projets pilotes concernant l'hospitalisation à domicile. Suite à ces projets-pilotes, le KCE, a émis des recommandations afin de faciliter l'implémentation de l'HAD à plus grande échelle.

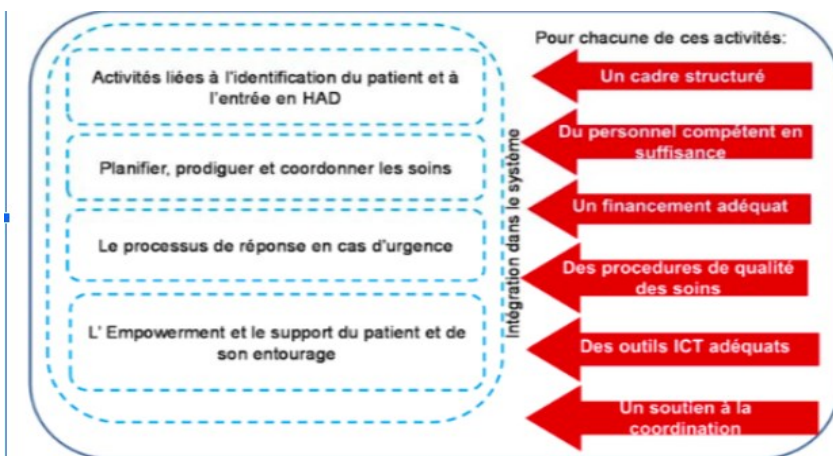


Figure 1 (KCE, 2015)

La figure 1 (KCE, 2015) synthétise les implications pour le modèle actuel que représente la mise en place de l'HAD sur sol belge. Comme nous pouvons le voir, l'implémentation de l'HAD à large échelle nécessite certaines adaptations structurelles et organisationnelles. Ainsi, un **cadre structuré** sera nécessaire, avec entre autres des critères d'éligibilité à l'HAD clairs et uniformisés. De plus, le KCE recommande qu'une évaluation de l'environnement social et familial de chaque patient soit réalisée avant d'envisager une HAD.

Il sera nécessaire de former les professionnels, afin d'avoir du **personnel compétent en suffisance**. Un système de partage de connaissances (conventions avec des structures ou des

professionnels spécialisés par exemple) et de formations (inscrites dans le cursus scolaire et continues) doit être pensé et mis en place. Il faudra également renforcer l'attractivité des programmes d'HAD pour les professionnels de santé, via une information plus importante sur le concept d'HAD et une adaptation de la rémunération. La volonté des médecins généralistes de s'impliquer dans les projets et la disponibilité du personnel de terrain sont des éléments sine qua non de l'implémentation de l'HAD en Belgique. Dès lors, un monitoring de ressources humaines semble indispensable pour le KCE. De plus, la création de nouveaux titres et de nouvelles fonctions est également envisagée par le KCE, notamment le poste de « case manager » ou « coordinateur HAD », recensé dans la littérature étrangère.

Un **financement adéquat** est indispensable. En effet, une attention particulière à la rémunération des professionnels doit être portée et une adaptation du système de rémunération pourrait s'avérer nécessaire. Le remboursement des médicaments devra éventuellement être repensé. Selon le KCE, un modèle de financement indépendant n'est pas envisageable et les modalités de financement de l'HAD doivent être vue comme une extension du modèle existant. Une analyse des frais de déplacements, surtout en zone rurale, est également nécessaire. Des incitants financiers pour favoriser l'HAD en Belgique doivent être envisagés. Il est évident que des protocoles, guidelines, outils, ... devront être établis afin de **garantir des soins de qualité**.

Des **outils ICT** pour permettre des échanges informatisés de données semblent être une condition préliminaire essentielle à l'implémentation de l'HAD. Il n'existe pas encore d'outil spécifique à l'HAD en Belgique. Le KCE doit également penser à des moyens de communication permettant un contact permanent avec les patients et entre professionnels. Certains stakeholders mentionnent aussi l'importance d'investir dans la télé-médecine et surtout le télé-monitoring. Le rapport du KCE (2015) stipule que *l'accès au dossier médical pour tous les professionnels impliqués requiert une compatibilité entre les systèmes informatiques de tous les lieux de soins et de tous les professionnels et que des rappels automatiques (aides à la décision) pourraient être utilisés pour identifier les patients éligibles pour l'HAD et pour améliorer le respect des guidelines*.

Enfin, des **structures de soutien à la coordination et une collaboration entre les différents niveaux de pouvoir** sont recommandées. Une meilleure coordination, basée sur les modèles existants est indispensable. Le KCE indique qu'il faut continuer à développer les structures de coordination, mais aussi les simplifier et les rationaliser. De plus, des incitants à la collaboration professionnelle devront être pensés, ainsi qu'une meilleure collaboration entre les différents niveaux de gouvernance en Belgique.

2.3 Où se situe l'HAD belge dans un contexte international ?

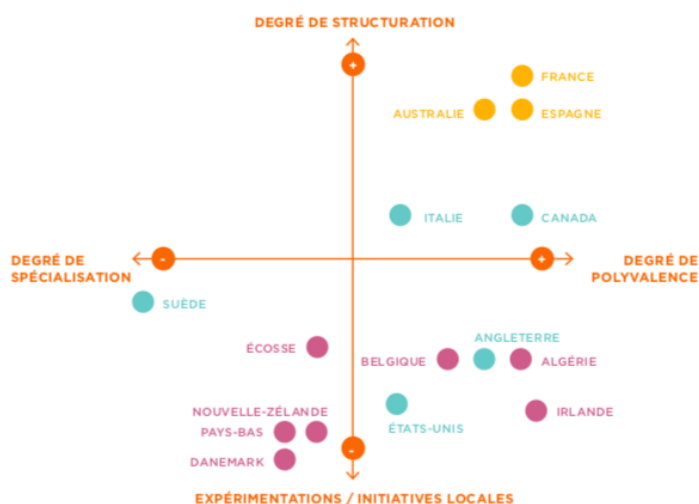


Figure 2 – TYPOLOGIE DES SYSTÈMES D'HAD DANS LE MONDE

Figure 2 (FNEDHAD, 2016)

L'HAD en Belgique a connu un essor récent par le biais d'une impulsion nationale.

Nous voyons sur la figure 2 (Fédération Nationale des Etablissements d'hospitalisation à domicile {FNEDHAD}, 2016) que la Belgique présente un faible degré de structuration (niveau de diffusion sur le territoire (couverture territoriale, niveau

d'activité), encadrement juridique et financier (maturité des outils de régulation, cadre normatif, pérennité des financements...)). L'axe horizontal est établi selon la capacité de ces structures à prendre en charge un nombre plus ou moins important de pathologies. Certaines HAD sont ainsi polyvalentes, d'autres spécialisées sur une pathologie spécifique ou encore réservées à une catégorie précise de patients (le plus souvent des patients âgés) (Fédération Nationale des Etablissements d'HAD, 2016).

3 Collaboration interprofessionnelle et coordination des soins :

3.1 La collaboration interprofessionnelle

Comme nous l'avons mentionné dans l'introduction, la collaboration interprofessionnelle est un élément constitutif de la qualité des soins de santé. Ce fait est partagé par l'OMS (2010), qui prône une meilleure collaboration comme levier positif sur la qualité des soins. Se voyant améliorée, ceci influencerait positivement sur la satisfaction des patients quant à leur prise en charge. D'autre part, pour les professionnels concernés, des bénéfices se retrouvent au niveau des équipes de soins notamment avec une augmentation de la motivation et de la satisfaction au travail. La collaboration interprofessionnelle s'étend au-delà de celle retrouvée au sein d'un service hospitalier puisqu'elle englobe également la collaboration entre les différents services de la structure hospitalière ainsi qu'entre les structures hospitalières. De Regge, De Pourcq, Gemmel, Van de Voorde & Eeckloo (2018) mentionnent que la collaboration inter-hospitalière et inter-sectorielle peut accroître l'efficacité et la qualité des soins. Cette affirmation rejoint

celles de plusieurs études, montrant que le fait de collaborer avec des acteurs d'une autre profession augmente la qualité des soins fournis (Chang *et al.*, 2001; Sidhom & Poulsen, 2006; Zwarenstein & Reeves, 2002), as cited in Reeves *et al.*, 2009). Dans un contexte d'hospitalisation à domicile, où les professionnels ne travaillent pas « en même temps » dans un même lieu, cette collaboration interprofessionnelle est d'autant plus importante. Dans le contexte de la périnatalité, comme nous avons déjà pu le mentionner, de nombreux acteurs se succèdent aux différents moments de la grossesse, de la naissance et de la petite enfance. Dès lors, la continuité des soins doit être envisagée car la discontinuité du suivi ainsi que les changements d'intervenants et d'équipes peuvent être anxiogènes pour les futurs parents (Epiney & Vial, 2009). De plus, ces mêmes auteurs ajoutent que dans les situations à « haut risque émotionnel », la manière dont les professionnels s'articulent et collaborent pour accompagner la femme et sa famille a un impact tant pour la famille que pour les professionnels eux-mêmes. Les grossesses à risque constituent une période potentiellement à haut risque émotionnel, davantage lorsque la situation n'est pas stabilisée. C'est pourquoi les stakeholders belges ont insisté sur l'importance d'une équipe pluridisciplinaire autour du patient.

L'impact s'étend bien au-delà de la sphère émotionnelle, puisqu'une étude qualitative menée en 2011 par Kelly & Penney relate que bon nombre de soignants travaillant dans le milieu intra (case manager hospitalier) ou extra hospitalier (agent de liaison à domicile) expriment avoir vécu des expériences où une collaboration inefficace entre les deux secteurs a impacté de manière négative la coordination des soins à domicile pour les patients ou leur famille (Kelly & Penney, 2011).

Afin de comprendre en quoi la collaboration interprofessionnelle et intersectorielle participe à une augmentation de la qualité des soins, nous nous sommes servis d'un rapport publié en 2007 au Canada, *Improving the Safety and Quality of Health Care in Canada* (Ross Backer *et al.*, 2007). Ce rapport indique que la vision traditionnelle sur la qualité et sécurité des soins était basée sur les individus et leurs compétences propres. Cependant, travailler sur base de ce modèle ne permet pas d'améliorer la qualité des soins de manière importante et amène à une sous-estimation des événements indésirables (par peur de la sanction). Il est primordial de comprendre que les soins de santé sont basés sur un système complexe d'interactions entre les praticiens et les organisations. Trois grands points faisant du monde de la santé un système complexe ont été mis en évidence dans ce rapport. Nous retiendrons ici le troisième : *Gérer la complexité inhérente aux organisations de la santé est difficile car les patients ont besoin de soins pour des problèmes multiples, prodigués par différents intervenants de santé, travaillant*

de manières différentes. Il faut garder à l'esprit que les soins de santé seront toujours dépendants d'un mélange complexe de personnes, de compétences, de technologies et de traitements. Et bien que les TICs offrent des perspectives intéressantes dans la réduction des risques, la qualité des soins dépend majoritairement des personnes. Dès lors, le rapport conclut qu'une communication efficace et une bonne coordination entre les soignants et entre les organisations sont essentielles pour améliorer la qualité des soins.

Policard (2014) mentionne que dans la collaboration interprofessionnelle, les acteurs sont interdépendants et interagissent selon des modalités s'enracinant dans leurs rôles, statuts et cultures professionnels respectifs. Lorient (2011), dans *traité de sociologie du travail*, insiste sur le fait que le sens du travail propre à chaque professionnel doit être pris en compte. Ainsi, il évoque que pour que le travail fasse sens, l'activité réalisée doit correspondre aux objectifs socialement valorisés par les collègues ou au sein de la société. Il ajoute aussi dans cette même vision que les discussions entre collègues alimentent la dimension symbolique du travail en faisant vivre la culture professionnelle du groupe. Dès lors, cette collaboration demande la connaissance du champ des pratiques de l'autre ainsi que la reconnaissance des compétences respectives.

Dans le cadre de la sociologie au travail, outre la notion de sens du travail, nous trouvons intéressant d'intégrer au sein de ce mémoire le concept de professionnalisation. Freidson (2001) as cited in Roquet (2012) évoque que la *professionnalisation renvoie au processus d'apprentissage, d'acquisition et de développement des qualités qui transforment l'individu en un professionnel*. Abbott (1988) as cited in Thunus (2011) qui semble un des premiers à apporter un regard neuf sur le concept de professionnalisation apporte une définition légèrement différente : *les activités expertes évoluent vers une forme structurelle et culturelle de contrôle du travail. La forme structurelle est appelée profession et consiste en une série d'organisations pour l'organisation, pour le contrôle, et pour le travail. (Dans sa version forte, le concept de professionnalisation implique que ces organisations se développent dans un certain ordre). Culturellement, les professions légitiment le contrôle qu'elles exercent en attachant à leur expertise des valeurs pourvues d'une légitimité culturelle générale, et de façon croissante, ces valeurs sont celles de la rationalité, de l'efficacité, et de la science*. Ce professionnalisme se construit par l'acquisition d'une autonomie tant professionnelle, individuelle que collective répondant à des valeurs professionnelles universelles qui sont prônées au sein du groupe professionnel. C'est d'ailleurs pourquoi Abbott (1988) as cited in Thunus (2011) évoque l'importance de *légitimer le travail professionnel en le reliant aux valeurs culturelles*

dominantes. De plus, ce même auteur insiste aussi sur l'intérêt de fournir un ensemble de connaissances hyper systématisé nécessaire à l'instruction de la profession. Dès lors, comme le mentionne Wittorski, R. as cited Barbier, Bourgeois, Chapelle & Ruano-Borbalan (2009), la professionnalisation relève d'une intention organisationnelle de « mise en mouvement » des sujets. Cela passerait par la prescription, par l'organisation, de certaines compétences (traduisant une conception particulière qu'elle se fait du « bon professionnel ») et la proposition de dispositifs spécifiques (de travail et/ou de formation) permettant de les développer.

En plus de ces différents concepts, nous aimerions également introduire une autre notion ayant tout son sens dans la prise en charge des grossesses à risque : l'interdisciplinarité.

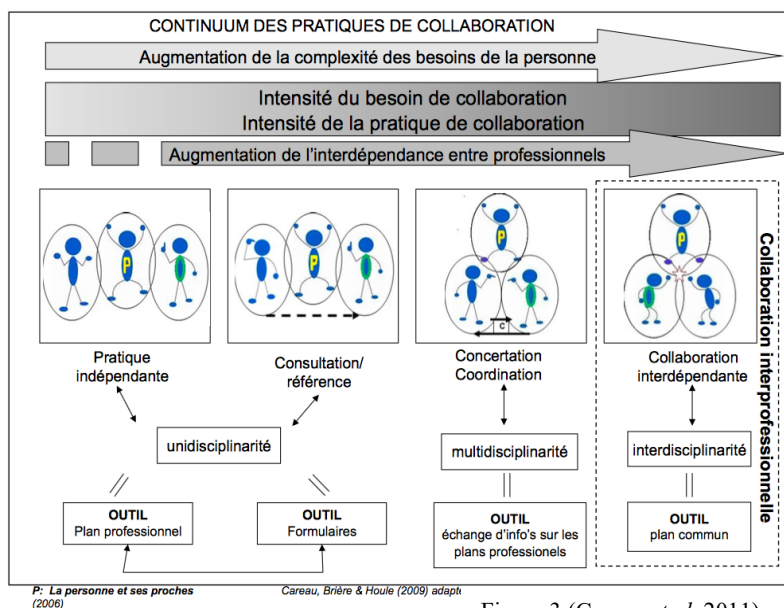


Figure 3 (Careau et al., 2011)

Comme nous pouvons le voir sur la figure 3 (Careau et al., 2011), les pratiques de collaboration font partie d'un continuum. En effet, au plus les besoins de la personne sont complexes, au plus l'interdépendance entre les professionnels est importante. Le stade ultime de la collaboration interprofessionnelle est l'interdisciplinarité, où la personne et ses proches ainsi que les

professionnels de différentes disciplines travaillent en interdépendance, avec un plan commun.

Nous l'avons mentionné plus tôt dans ce travail, les soins de santé font partie d'un système complexe. Cela est appuyé par Brun, Ponge & Lefevre (2017) et ICRA (s.d.), qui indiquent que des problèmes complexes tels que la santé ou l'environnement impliquent une approche interdisciplinaire, ces problèmes étant résolus grâce à la coopération entre les compétences propres de plusieurs disciplines. Deux avantages majeurs de la pratique interdisciplinaire peuvent être évoqués : la *complémentarité* puisque les contributions de plusieurs disciplines permettent une meilleure résolution des problèmes et la *créativité* puisque les échanges interdisciplinaires produisent des explications novatrices. Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales {CNRTL} définit la pluridisciplinarité où sont représentées plusieurs

disciplines, plusieurs domaines de recherche. En effet, comme déjà mentionné, les grossesses à risque sous-tendent l'implication de différentes disciplines pour une prise en charge globale. L'interdisciplinarité est un *processus dans lequel on développe une capacité d'analyse et de synthèse à partir des perspectives de plusieurs disciplines. Son objectif est de traiter une problématique dans son ensemble, en identifiant et en intégrant toutes les relations entre les différents éléments impliqués.*

C'est certainement vers cela que nous allons tendre avec le développement des hospitalisations des grossesses à risque à domicile. Néanmoins, la réussite d'un travail interdisciplinaire est tributaire de nombreuses conditions parmi lesquelles nous pouvons citer le fait d'avoir des *objectifs partagés, d'utiliser au mieux les activités individuelles et collectives et de comprendre le système de valeurs des autres disciplines.* (ICRA (s.d)). Dès lors, après avoir identifié les réticences, les besoins ainsi que les attentes des gynécologues et des sages-femmes à la suite de nos entretiens qualitatifs, nous aimerions faire émerger des pistes de solutions concrètes proposées par ces professionnels et ce, pour faciliter cette collaboration interdisciplinaire.

Les différents aspects d'une collaboration interprofessionnelle efficace sont repris dans certains modèles. Nous avons décidé de retenir le *Four-Dimensional Model of Collaboration* (D'Amour, Goulet, Labadie, San Martin-Rodriguez & Pineault, 2008) :

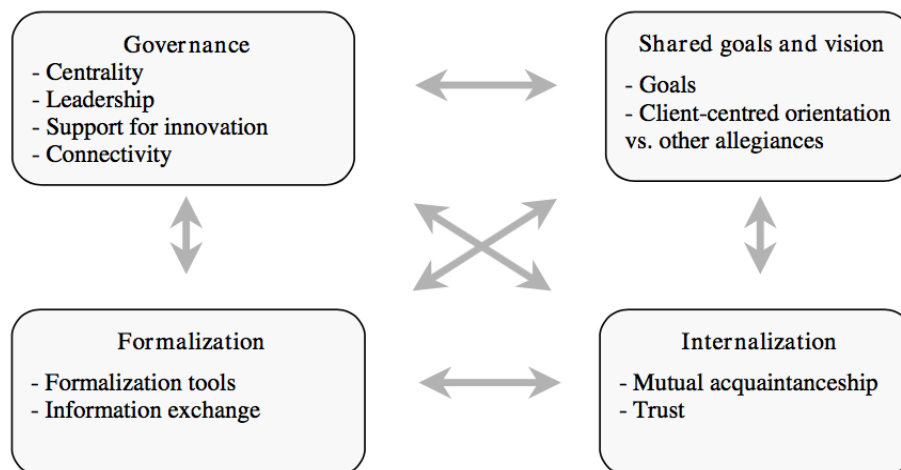


Figure 4 (D'Amour *et al.*, 2008)

The Four-Dimensional Model of Collaboration. This figure shows the four dimensions of the model of collaboration and the ten indicators associated with these dimensions. The arrows indicate the interrelationships between the four dimensions and how they influence each other.

Nous avons trouvé le modèle de la figure 4 (D'Amour *et al.*, 2008) très pertinent pour notre travail car, outre le fait qu'il est tout à fait adapté au domaine de la périnatalité, il permet d'analyser la manière dont collaborent les différents agents au sein des systèmes complexes et

ce, à différents niveaux. Dans leur écrit, les auteurs mentionnent que dans le contexte de la périnatalité et particulièrement dans le cadre des retours précoces à domicile, la collaboration tant interprofessionnelle qu'interorganisationnelle est primordiale. Cette collaboration est considérée comme l'une des méthodes permettant d'assurer l'accessibilité et la continuité des soins notamment pour le suivi post-natal ainsi que dans la prévention des problèmes pouvant survenir chez la mère, les parents ou le nouveau-né. D'amour *et al.* (2008) insistent aussi sur le fait que ces professionnels défendent cependant leurs propres intérêts et veulent conserver un certain degré d'autonomie. Le modèle a été testé au sein de différents contextes de collaboration ; en équipe, entre les organisations ainsi que dans les réseaux de santé intégrés.

Abbott (1988) insiste sur le fait qu'il faut se pencher davantage sur les groupes qui ont un même travail plutôt que de fixer notre attention sur le niveau des structures organisationnelles de ces groupes. En effet, alors que la structure conserve une certaine stabilité, c'est le contenu du travail qui évolue et qui rend les professions interdépendantes. Dans le cadre de ce mémoire, les modifications du contenu du travail des professionnels, de par le transfert des prises en charge de l'intra vers l'extrahospitalier, devront donc être identifiées. De plus, Abbott as cited in Thunus (2011) mentionne l'importance de *s'intéresser au lien qu'entretient un groupe avec son travail* en ajoutant que *ce lien réside dans le système de connaissances professionnelles*. Cette notion est d'ailleurs aussi exprimée par d'Amour au sein de son modèle *Four-Dimensional Model of Collaboration*. Dans notre cadre théorique, nous avons largement exprimé les évolutions actuelles au sein du secteur de la santé. Demazière (2009) exprime d'ailleurs que de nombreuses professions subissent des évolutions externes qui peuvent réduire l'autonomie qu'ont les professionnels dans le contrôle de leur travail mais aussi dans leurs relations avec l'Etat. Dès lors, dans le cadre de nos entretiens, il s'avère essentiel de connaître leur point de vue sur ces évolutions et plus particulièrement sur le transfert des prises en charges du secteur hospitalier à extrahospitalier.

Le modèle de D'Amour *et al.* (2008) a été validé scientifiquement lors d'une étude qualitative selon un design d'inclusion. Il a été qualifié d'outil fiable, pouvant être utilisé par les chercheurs afin de déterminer l'intensité de la collaboration et faire des liens avec les résultats cliniques observés. Les professionnels quant à eux, peuvent l'utiliser pour réaliser un *diagnostic* de collaboration et implémenter des interventions pour la renforcer (D'Amour *et al.* 2008). Dans ce même article, les auteurs nous donnent une explication détaillée de chacun des indicateurs. Le modèle suggère que la collaboration interprofessionnelle peut être analysée sous quatre dimensions, comprenant 10 indicateurs. Deux des dimensions se concentrent sur les relations

entre les individus tandis que les deux autres sont centrées sur l'organisation. Même si nous avons décidé de nous baser principalement sur le *Four-Dimensional Model of Collaboration*, le modèle du référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme (CIHC, 2010), présent en annexe 3 a également retenu notre attention, c'est pourquoi nous mettrons ces deux modèles en relation ci-après.

Commençons par les dimensions basées sur les relations entre les individus :

- La dimension « shared goals and vision » comprend deux indicateurs :
 - Indicateur de **but** :
 - Les auteurs identifient comme un élément essentiel de la collaboration le fait que les professionnels puissent identifier des buts communs. Ces derniers doivent être consensuels et compréhensibles.
⇒ Les données recueillies suggèrent que l'objectif "promouvoir des soins centrés sur le patient pour répondre à ses besoins" est un objectif sur lequel tout le monde peut tomber d'accord. Cependant, cet objectif implique une transformation radicale des valeurs et des pratiques actuelles, ce qui rend son adoption parfois difficile

Cette notion est également présente dans le modèle du référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme (CIHC, 2010), qui indique que la « clarification des rôles » est nécessaire pour contribuer à une pratique collaborative. Ainsi, le fait d'identifier les capacités de chaque professionnel permet d'optimiser le potentiel des différents champs d'action offerts par ces professionnels.

- Indicateur qui exprime une **orientation centrée sur le patient** (en opposition à une autre « fidélité »).
 - Selon les auteurs, les soins de santé évoluent dans une structure complexe d'intérêts divers, où le soignant peut se sentir « fidèle » à différentes dimensions (sa patientèle, sa profession, l'organisation dans laquelle il évolue, ses intérêts personnels, ...). Il est clair que lorsque les professionnels sont amenés à collaborer, ils peuvent alors avoir chacun leurs propres centres d'intérêts, ce qui peut mener à une asymétrie dans la collaboration.
⇒ Une négociation commune préalable est alors primordiale. Elle permettra d'unir les protagonistes sur un intérêt principal. En cas d'absence de

négociation, il y a un risque que les intérêts personnels de chacun prennent le dessus et de perdre alors la collaboration centrée sur le patient.

Cette notion de « soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté » est également présente dans le modèle du référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme (CIHC, 2010)

- La dimension « internalization » comprend elle aussi deux indicateurs :
 - Indicateur tourné sur **l'interconnaissance mutuelle**
 - Les données indiquent que pour une collaboration efficace, les professionnels doivent se connaître sur le plan professionnel, mais aussi personnel. Cela va permettre de développer un sentiment d'appartenance et l'élaboration d'objectifs communs sera alors facilitée. Par « se connaître personnellement », les auteurs entendent connaître les valeurs de l'autre ainsi que son niveau de compétence. La connaissance professionnelle, elle, porte plus sur le cadre disciplinaire de référence de l'autre, son approche en termes de soins de santé et l'étendue de ses pratiques.
⇒Ce processus de familiarisation peut avoir lieu lors d'évènements sociaux, des formations, ou des évènements formels ou informels d'échange d'information. Il faut créer des conditions sociales qui vont encourager la collaboration.
 - Indicateur basé sur **la confiance**
 - Selon les professionnels interrogés, la collaboration n'est possible que si la confiance en les compétences de l'autre et en sa capacité à assumer ses responsabilités est installée. Le fait de ne pas avoir confiance en l'autre place le professionnel dans une position de vulnérabilité et le pousse à maintenir le patient sous sa propre responsabilité autant que possible afin d'éviter la collaboration.
⇒ C'est l'expérience de collaboration elle-même qui est utilisée par les professionnels pour évaluer l'autre et construire la confiance mutuelle.

Les auteurs ont également identifié deux dimensions basées sur les organisations :

- La dimension « governance » comprend 4 indicateurs :

- Indicateur de **Centralité**

- Cet indicateur fait intervenir les autorités politiques. En effet, les données montrent qu'il est important que les autorités soient impliquées dans la création d'un cadre clair de collaboration interprofessionnelle. Elles doivent également jouer un rôle stratégique et politique dans l'implémentation des structures et processus de collaboration.

⇒ Des « managers seniors » peuvent exercer une certaine influence sur les collaborations inter-organisationnelles, notamment par des contacts facilités avec les managers d'autres institutions.

En lien avec cet indicateur mentionné par D'Amour *et al.* (2008), Abbott (1988) as cited in Thunus (2011) évoque la notion de juridiction pour l'arène légale, où la profession demande que la société puisse reconnaître sa *structure cognitive au travers des droits exclusifs*. Les professions expriment aussi la volonté d'avoir le monopole de certaines activités, de cadre de travail définis ainsi que d'un langage formalisé. Cependant, la formalisation de ces différents éléments risque d'intensifier la rigidité de la juridiction légale. L'arène légale complète l'arène publique, qui a par ailleurs tout autant sa place selon Abbott (1988). En effet, les professions veulent pouvoir être capables de faire pression sur l'arène légale (contrôle formel du travail) en développant une certaine image d'elle-même auprès de l'opinion publique. Dans son ouvrage, Abbott attire notre attention sur la rigidité du cadre légal et sur sa difficulté à le modifier. Dès lors, il semblerait que le cadre légal ne subisse certaines modifications que bien longtemps (Abbott parle d'un siècle) après que la profession ait gagné une certaine opinion publique. Il existe donc un décalage important entre la modification des pratiques de terrain et une adaptation du cadre légal dans ce sens (Abbott, 1988).

- Indicateur de **Leadership**

- Un leadership local est nécessaire pour le développement d'une collaboration interprofessionnelle et inter-organisationnelle. Ce leadership peut prendre de nombreuses formes et peut être émergent ou émanant d'une certaine position.

⇒ Le leadership peut être exercé par un manager qui a été explicitement mandaté pour cela, mais également par certains professionnels de terrain qui prennent eux-mêmes cette initiative (le leadership est alors bien partagé). Il faut être

vigilant que, lorsque ce leadership est exercé par un manager, tous les professionnels gardent une participation aux prises de décisions.

Dans le modèle du référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme, les auteurs indiquent que le rôle du leadership est composé de deux éléments : l'un orienté vers la tâche et l'autre vers la relation. Cette notion fait lien avec l'importance de la mise en évidence d'un référent lors de l'hospitalisation à domicile comme cela a été mentionné dans le point 2.1. Il fait également intervenir la notion de « leadership collaboratif », qui indique que les professionnels collaborent avec tous les participants, y compris les patients et leurs proches. Cette notion n'est pas présente dans *The Four-Dimensional Model of Collaboration*.

- Indicateur de **Soutien à l'innovation**

- Une collaboration approfondie peut mener à de nouvelles activités et/ou une redistribution des responsabilités entre les professionnels et entre les institutions. Dès lors, des changements dans les pratiques cliniques et dans le partage des responsabilités est nécessaire. Ces changements sont de réelles innovations, qui doivent être développées et implémentées.

⇒Des formations complémentaires sont indispensables à la mise en place de la collaboration. Les organisations devraient être impliquées dans la mobilisation de compétences internes ou externes pour soutenir ces processus de formation.

- Indicateur de **connectivité**

- La connectivité fait référence au fait que les individus et les organisations sont inter-reliées et en évolution. Elle permet de résoudre les problèmes de coordination et l'ajustement rapide et continu des pratiques.

⇒Pour ce faire, le développement de systèmes d'information et de comité peut s'avérer utile.

- La dimension « Formalization » comprenant 2 indicateurs

- Indicateur centré sur les **outils de formalisation**

- La formalisation est un moyen important pour clarifier les responsabilités des différents partenaires et négocier le partage des responsabilités. En effet, pour les professionnels, il est important de savoir ce qu'on attend d'eux mais aussi de connaître ce qu'ils peuvent attendre des autres.

⇒Différents outils peuvent être utilisés dans le cadre de cette formalisation tels que des accords ou des protocoles.

- Indicateur centré sur les **échanges d'informations**

- Cet indicateur fait référence à l'existence et à l'utilisation appropriée d'une infrastructure d'informations permettant des échanges d'informations rapides et complets entre les professionnels. Les résultats suggèrent que les professionnels utilisent ces systèmes pour réduire l'incertitude au sein de leurs relations avec les partenaires qu'ils connaissent peu. Ces échanges d'informations donnent des indications tant sur l'état de santé du patient que sur les compétences du professionnel avec lequel on collabore.

⇒ Dès lors il est important qu'une relation de confiance soit établie entre les professionnels impliqués.

Dans le modèle du référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme (CIHC, 2010), la *communication interprofessionnelle* englobe les autres dimensions de la collaboration interprofessionnelle, faisant ressortir le fait que, contrairement à ce qui est présenté dans le modèle de D'Amour *et al.* (2008), la communication n'est pas un indicateur au même niveau que les autres (utilisée comme simple moyen de transmettre des informations), mais couvre toutes les autres dimensions de la collaboration. Elle est omniprésente et est indispensable pour faire fonctionner efficacement les autres indicateurs. Selon Policard (2014), les principes clés de la collaboration sont la communication, la coopération et la coordination. Ce modèle évoque en effet que des compétences en communication sont essentielles et se manifestent par différents moyens verbaux et non verbaux (négociation, interaction, écoute, débat, ...). Cela a également été mentionné par Stegelin et Jones (as cited in De Regge *et al.* 2018), qui expriment qu'un des facteurs principaux entravant la réussite de la collaboration est le manque de compréhension et de communication entre chaque partie impliquée entraînant une discontinuité des soins avec les conséquences mentionnées précédemment. Dès lors, De Regge *et al.* (2018) expriment l'importance de choisir des formes de collaboration soutenues par l'ensemble des parties prenantes. Pour ce faire, il est aussi important que les objectifs des différentes structures hospitalières et ceux des professionnels soient alignés. L'apport de ces différentes notions rejoignent celles mentionnées par Romoren, Pedersen & Forde, 2017. En effet, ils expriment, sur base d'une étude interrogeant les professionnels du secteur intra et extrahospitalier, que les objectifs de collaboration et de coordination peuvent être perçus différemment entre le secteur intra-hospitalier et extrahospitalier. Ainsi, ils mentionnent que la collaboration entre les professionnels du secteur extrahospitalier se centre davantage autour des besoins des patients selon une approche globale. Selon ces mêmes auteurs, il semblerait que la

coordination au sein du secteur hospitalier est toujours moins optimale qu'au sein du secteur extrahospitalier. Ils font aussi mention du manque de communication entre le secteur intra et extrahospitalier, pourtant nécessaire pour une prise en charge efficiente du patient. Dès lors, afin d'améliorer cette prise en charge, plusieurs pistes de solutions sont mentionnées telles que l'amélioration des échanges d'informations et ce, dans le but aussi d'améliorer la qualité ainsi que la continuité des soins. Ils expriment aussi la grande nécessité de partager des buts et objectifs communs mais aussi de s'appuyer sur les forces que chacun des acteurs peut apporter.

Un point présent dans le modèle du référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme (CIHC, 2010) n'a pas été mentionné dans le modèle de d'Amour et al, il s'agit de la *résolution de conflits interprofessionnels*.

Le modèle de D'Amour *et al.* montre à quel point la collaboration est un processus complexe dû à l'implication de multiples facteurs inter-reliés, s'influençant les uns les autres.

3.2 La coordination des soins

Donabedian (1980) as cited Bloch, Hénaut, Sarda & Gand (2014) définit la coordination des soins comme étant un *processus par lequel les éléments et les relations impliqués dans le soin pendant chacune des séquences de soin sont en cohérence ensemble dans une conception vue de manière globale*.

D'après Demagny-Warmœs, Devictor & Colson (2018), les changements au sein du paysage hospitalier conduisent à repenser le système de santé. Sebai (2016) fait aussi mention que ces changements dans le domaine de soins incluent des innovations structurelles, organisationnelles et fonctionnelles et sont aussi accompagnés par une *transition politique*. Les durées d'hospitalisation sont réduites et le déplacement des soins vers le domicile nécessite d'être coordonné. De plus, ce retour à domicile est une période à haut risque de rupture dans le parcours de soins. Dès lors, les professionnels doivent être attentifs à garantir une continuité des soins optimaux : élément clé de la qualité des soins. Cette continuité pour être optimale doit être considérée, selon la conclusion de Colson *et al.*, sous ses différents aspects telle que la *continuité informationnelle, relationnelle et d'approche* tout en prenant en considération les facteurs pouvant l'influencer. Pour assurer cette continuité, Sebai (2016) mentionne que des groupements professionnels se sont développés incluant des professionnels de santé médicaux, paramédicaux et sociaux. Dès lors la coordination entre ces derniers est essentielle afin d'assurer une prise en charge globale des patients. Concernant le rôle de l'infirmier, il aurait une place majeure dans l'HAD. Cependant, le rapport évoque le fait que certains soins dits

« complexes » pourraient nécessiter une implication des équipes de nursing hospitalière lorsque les infirmiers de première ligne n'ont pas l'expertise nécessaire. Cette idée a déjà été évoquée dans l'essai clinique randomisé de Goulet *et al.* 2001 qui mentionne l'importance de travailler avec du personnel hospitalier plutôt qu'avec des infirmiers de santé communautaire ou faisant un suivi à domicile "classique". Le rapport du KCE (2015) renforce cette idée en mentionnant qu'en France, l'accent est mis sur la coopération entre l'HAD et les services spécialisés. Ainsi, plutôt que de développer de manière importante un service d'HAD à part entière, il est préférable *d'établir une collaboration avec d'autres services spécialisés existant, afin d'assurer la sécurité et l'efficacité des soins et d'éviter une redondance des services et une multiplication des acteurs locaux.* (KCE, 2015)

Fishman-Bosc (as cited in Colson, S *et al.* (2018)) mentionne six attributs à la coordination appliquée au domaine des soins : *la planification proactive : organisation anticipée d'un plan de soins adaptés aux besoins du patient ; centrée sur une personne dans une perspective holistique ; communication nécessaire entre les professionnels de santé ainsi qu'avec le patient et son entourage ; partage indispensable d'informations, de connaissances et du pouvoir ; coordination transversale et la continuité des soins* (étant le résultat)

Nous pouvons remarquer que les attributs de la coordination des soins proposés par Fishman-Bosc sont très proches des indicateurs de collaboration identifiés par D'Amour *et al.* (2008) La collaboration et la coordination sont donc étroitement liées et semblent dépendre l'une de l'autre. Ceci va nous permettre d'établir un guide d'entretien qui permettra d'identifier des suggestions pour promouvoir à la fois la collaboration interprofessionnelle et la coordination des soins.

D'après Contandriopoulos, Denis, Touati & Rodriguez (2001), c'est la nature du projet collectif qui déterminera le type de collaboration le plus adéquat. L'auteur mentionne l'existence de trois types de coordination : la coordination séquentielle, la coordination réciproque et la coordination collective.

- La *coordination séquentielle* correspond à celle où le patient rencontre successivement les différents professionnels ou organisations tout au long de sa maladie. Il y a peu de relations entre les professionnels. Ce mode de coordination est utilisé lors de pathologies simples et bien définies dans le temps. Lorsque les besoins deviennent plus complexes demandant un suivi récurrent et de plus longue durée, ce mode de coordination devient insuffisant.

- La *coordination réciproque* correspond à celle lorsque le patient est traité simultanément par plusieurs professionnels ou organisations. Ainsi, chaque professionnel doit prendre en considération le travail des autres professionnels afin de prendre en charge de manière optimale les problèmes du patient. Un lien d'interdépendance fort existe alors entre les intervenants. Dans ce type de coordination, le patient est généralement son propre agent de coordination à la condition que son problème de santé soit simple, que peu d'intervenants soient nécessaires et que l'épisode des soins soit bien défini dans le temps et l'espace. Dans le cas contraire, la coordination collective est d'application.
- La *coordination collective* est visée lorsqu'une *équipe de professionnels ou d'organisations assure conjointement la responsabilité de la prise en charge des patients selon des modalités décidées ensemble*. Elle est adaptée dans les situations où les problèmes de santé sont complexes dont l'évolution dans le temps et dans l'espace est incertaine. Cette collaboration *oblige à une prise en charge organisée autour du patient et à des ententes formelles entre les acteurs*. De plus, contrairement à la coordination réciproque où le patient était son propre agent de coordination dans la coordination collective, un agent de coordination extérieure peut être nécessaire. Cependant, ce type de collaboration demande que des ressources soient accessibles et disponibles.

Sur base de ces informations et des éléments mentionnés précédemment sur les GAR, le type de coordination pour les hospitalisations des GAR serait de type collectif. En effet, outre la pathologie obstétricale, différents autres facteurs (économiques, sociaux, environnementaux,...) sont à prendre en considération dans cette prise en charge. De plus, il est probable que la responsabilité de la prise en charge soit partagée entre les médicaux et paramédicaux. Nous aimerions relier cette théorie à la figure 3 de notre travail. En effet, le schéma présentant le continuum des pratiques de collaboration (Carreau *et al.*, 2011) exprimait lui aussi un niveau de collaboration dépendant de la complexité des besoins de la personne. Nous avons alors identifié que les soins nécessaires au suivi à domicile des grossesses à risque étaient complexes et nécessitaient le niveau le plus haut de collaboration du schéma : l'interdisciplinarité, avec élaboration d'un plan commun. Il est intéressant de voir que, selon les définitions des différents types de coordination, la coordination collective (plus haut niveau de coordination) est identifiée comme étant celle à viser. Là encore, le lien étroit entre la collaboration et la coordination se fait sentir. La prise en charge à domicile des grossesses à

risque devrait donc se faire selon un modèle de *coordination collective*, cette dernière faisant intervenir des liens de collaboration étroits et une interdisciplinarité bien organisée qui demande certains arrangements. Nous aimerions savoir si les professionnels de santé ressentent ces besoins et ce qu'ils envisagent de manière pratique pour arriver à un tel schéma.

Dans la collaboration collective, des agents de coordination sont nécessaires tels que les gestionnaires de cas ou les coordinateurs de soins. D'après Lemaire & Ykman (2006), les coordinateurs de soins ont pour fonction de *coordonner le suivi du patient* durant son itinéraire clinique, d'*être un relai* et d'*assurer l'interface vis à vis des structures extra-hospitalières* afin d'*assurer une prise en charge efficiente du patient*. D'après Corvol (2013), les gestionnaires de cas (case managers) ont pour *mission d'évaluer les besoins d'une personne malade afin de planifier et de coordonner la mise en place de services répondant à ses besoins globaux de santé*.

Outre la présence d'un coordinateur HAD, tel que suggéré dans la collaboration collective mais également par le KCE (2015) dans ses propositions d'aménagement du paysage des soins de santé, les TICs (technologies de l'information et de la communication) sont également des outils très utiles dans la collaboration et coordination interprofessionnelle. D'après Comtet (2006) as cited in Medzo-M'engone, Bobillier-Chaumon & Préau (2018), les TICs sont des outils de travail collaboratifs permettant de produire, traiter et transformer l'information et la communication suite à l'utilisation de procédé électronique. De plus, cet auteur mentionne que le travail collaboratif médiatisé renvoie à un mode de travail où *l'organisation cherche à susciter une activité collective en utilisant des supports techniques appropriés pour accroître les coopérations et la coordination entre les salariés et les services*.

Bobillier Chaumon (2013) as cited in Medzo-M'engone *et al.* (2018) a quant à lui mis en évidence une taxonomie des TICs professionnelles en les classant en cinq grandes familles d'outils : les *technologies de transmission de l'information*, celles à caractère collaboratif, les *technologies de gestion administrative*, celles d'aide aux prises de décisions et les *technologies de formation et d'apprentissage*. Les deux premiers types nous intéressent particulièrement dans le cadre de ce mémoire.

- Les *technologies de transmission* de l'information visent l'optimisation de la transmission de l'information de même qu'elles favorisent la communication entre les différents acteurs concernés. Les réseaux sociaux en font partie ayant pour but de mettre

en réseau des professionnels dispersés géographiquement. (Lépine (2002) as cited in Medzo-M'engone *et al.* (2018))

- Les *technologies collaboratives* cherchent à optimiser le travail en équipe. Deux exemples sont mentionnés. Le groupware visant l'amélioration du travail coopératif entre les membres d'équipes différentes qui partagent des informations communes. Le workflow mettant en relation plusieurs acteurs, tâches et documents visant à favoriser le processus de coopération ainsi que l'optimisation des flux de transmission et réduire les délais de traitement des dossiers administratifs.

Staffoni *et al.* (2016) mentionnent le dossier informatisé du patient comme étant un outil au centre des questions de collaboration. Ces auteurs appuient les notions mentionnées par Medzo-M'engone *et al.* (2018) en disant que les outils technologiques sont des outils puissants pour favoriser la communication interprofessionnelle. Staffoni *et al.* (2016) mentionnent comme exemple le dossier patient informatisé. Cependant, ils attirent l'attention sur le fait que malgré que cet outil puisse consigner un nombre considérable d'informations, ce dossier tend à être considéré plus par sa fonction d'archivage que de partage. De plus, les auteurs ajoutent que les *personnes interrogées disent que l'accès le plus rapide à l'information reste le contact direct bien que les informations échangées se trouvent au sein du dossier informatisé.*

Au vu des différentes notions qui ont émergés de nos recherches, nous avons pu percevoir les spécificités de la collaboration interprofessionnelle et la coordination des soins dans le cadre de l'hospitalisation à domicile. Ainsi, alors que l'interprofessionnalité au sein des structures hospitalières est souvent centrée sur la pathologie voire les pathologies qu'ont les patients, la collaboration dans le cadre de l'HAD prend certes en considération la pathologie mais est surtout centrée sur le patient vivant dans un environnement particulier (Romoren *et al.*, 2017). Comme le mentionne Coulon (1987) as cited in Anfrie (2008), la notion d'inter-professionnalité peut émerger dans une *réalité sociale qui est constamment créée par les acteurs et qui n'est pas une donnée préexistante.* L'émergence de l'HAD contraint donc les professionnels de secteur extrahospitalier à développer de nouvelles collaborations adaptées aux contextes. Dès lors comme l'expriment Crozier & Friedberg (1977) as cited in Anfrie (2008), la notion d'apprentissage collectif qui est un *processus à travers lequel un ensemble d'acteurs, partie prenante d'un système d'action, apprennent, c'est-à-dire inventent et fixent – de nouveaux modèles de jeux, avec leurs composantes affectives, cognitives et relationnelles,* peut être mise en évidence.

Ce cadre théorique nous a permis de vous présenter une vision d'ensemble de la problématique de l'HAD telle qu'elle se présente aujourd'hui tant sur la scène internationale que nationale, ainsi que les enjeux de collaboration et de coordination qu'elle implique. Les différents modèles de collaboration nous ont permis d'identifier les divers facteurs impliqués dans une collaboration jugée efficace par la littérature, ainsi que leurs interactions. Ce background nous sera utile pour la construction cohérente de nos guides d'entretien ainsi que pour la compréhension des réponses qui nous seront apportées par les professionnels de terrain. Grâce à ces recherches, nous nous sentons légitimes, ayant les connaissances théoriques et la maîtrise de leurs implications, pour passer à la phase d'étude de terrain à proprement parler.

MÉTHODOLOGIE

1 Revue de littérature pour le cadre théorique

Afin de rédiger notre revue de littérature, nous nous sommes basées notamment sur des articles scientifiques issus des bases de données Pubmed, Cochrane, ScienceDirect, EBSCO Health, OCDE Health data, Scopus, Trip Data Base, CAIRN et Francis. Le site HeTOP nous a permis de trouver les termes MeSH, bien qu'il n'existe en réalité pas de terme MeSH pour HAD. En littérature anglophone, beaucoup de termes différents peuvent exprimer la même chose. Ainsi nous retrouvons les terminologies « hospital in the home (HITH) »; « hospital at home (HAH) »; « home hospitalisation » ou encore « early supported discharge » (Caplan et al, 2012). Dès lors, nous avons dû procéder à des associations de termes pour restreindre notre champ de recherche. Les mots clés utilisés étaient majoritairement en anglais mais des recherches sur base de mot français ont aussi été effectuées. Nous retrouvons midwifery, pregnancy, obstetrics, maternal intensive care, intensive care in obsetrics, health care, home care, hospital care, preterm birth, antenatal home care, rupture of membranes, preeclampsia, high-risk pregnancy, home management, hospital in the home, hospital at home, home hospitalisation, community-based intervention, interprofessional collaborative, collaboration interprofessionnelle, pluridisciplinarité, menace d'accouchement prématuré, surveillance à domicile, surveillance des grossesses à risque. Les différents mots-clés ont été entrés dans les bases de données précitées sous différentes combinaisons avec les opérateurs Booléens « AND » « OR » et « NOT ».

Lors de la construction de notre cadre théorique, nous avons pu constater que la littérature sur le sujet est assez compliquée à recueillir. En effet, bon nombre d'études sur l'HAD n'utilisent pas ce terme de manière explicite ou, dans certains articles, les auteurs mentionnent le terme « hospitalisation à domicile » alors que leur étude n'implique pas de substitution à un suivi dans une structure hospitalière. Une fois les articles sélectionnés sur base de la pertinence des abstracts, la classification sur base de la pyramide des preuves nous a permis de prioriser ces derniers.

2 Présentation du travail

Notre volonté étant d'interroger deux publics professionnels différents, nous avons décidé de travailler en binôme sur ce mémoire de recherche. Nous pensons que cela permet de proposer une analyse plus poussée et surtout plus objective de notre question de recherche. L'analyse

qualitative a donc été réalisée sur base de deux petites études distinctes, dont les résultats ont ensuite été mis en commun afin de tirer une conclusion générale.

Une première étude a été réalisée en structure hospitalière, au contact des gynécologues-obstétriciens. Une seconde étude a été menée en secteur extrahospitalier, auprès de sages-femmes indépendantes travaillant dans la même région que celle des hôpitaux où travaillent les obstétriciens interrogés.

3 Choix de la méthode :

Afin de répondre à notre question de recherche, il nous a semblé capital de pouvoir recueillir les témoignages et ressentis des professionnels de santé. C'est pourquoi nous avons décidé de réaliser une étude qualitative (qui *utilise des données issues du langage (écrit ou parlé) plutôt que des données numériques*, laquelle est particulièrement indiquée lorsque les facteurs observés sont subjectifs (Aujoulat, 2017). Cette méthode nous a permis d'interroger les professionnels sur le sens qu'ils donnent à leur travail, leurs intérêts, le type de communication qui leur convient à eux, comment ils envisagent le leadership ou encore le sens personnel qu'ils mettent derrière le terme « collaboration ». L'analyse qualitative par rapport à un questionnaire écrit présente plusieurs avantages : une grande liberté d'expression de la part des répondants, une possibilité de relance et de reformulation de la part de l'intervieweur ainsi qu'une opportunité de développer en profondeur une réponse intéressante ou interpellante (Kohn & Christiaens, 2016). Les bénéfices de ce type d'étude sont la richesse des données recueillies et une vision profonde du problème étudié. On ne se contente pas de décrire un phénomène, mais on essaye également de saisir le sens et des explications sur des phénomènes sociaux (Kohn & Christiaens, 2016). De plus, selon Huston, 1998 (as cited in Kohn & Christiaens, 2014) ce type de recherche est appropriée pour investiguer sur les phénomènes sociaux liés au domaine de la santé. Par notre travail, nous cherchions à comprendre les processus mais également de pouvoir, sur base des verbatims, générer de nouvelles idées. Dès lors, la méthode qualitative nous semblait être la plus pertinente pour obtenir de tels résultats.

4 Sélection des participants

En méthode qualitative, l'échantillon est soigneusement choisi pour la qualité des informations qu'il peut nous apporter. Nous avons choisi de travailler avec un échantillon de cas typiques. En effet, comme nous l'avons précédemment mentionné, notre mémoire s'inscrit dans un contexte de changement et l'HAD dans le domaine de l'obstétrique n'est pas encore bien

établie. Nous cherchons donc à recueillir de nouvelles informations sur le sujet et sur sa dynamique de collaboration. Dès lors, nous avons sélectionné les personnes en fonction de l'information « typique » qu'elles pouvaient nous donner.

Concernant la stratégie de recrutement, nous avons préalablement sélectionné nos deux échantillons selon une méthode dite « de confort » (en contactant un maximum de personnes pouvant répondre à nos critères de sélection). Concernant le recrutement des sages-femmes indépendantes, la méthode de confort a évolué vers une méthode « boule de neige » puisque l'étudiante a ensuite contacté les sages-femmes spécifiquement référencées par leurs collègues déjà interviewées. Nous sommes conscientes que la technique de confort est normalement à éviter (Kohn & Christiaens, 2016), mais c'était celle qui nous semblait la plus appropriée pour répondre aux contraintes temporelles imposées par le mémoire.

La taille de l'échantillon n'a pas été complètement arrêtée en début de procédure, mais nous avons, en concertation avec le Professeur Thunus lors de notre premier entretien, évalué un nombre « idéal » de participants pour bénéficier d'une quantité d'informations suffisantes tout en respectant nos contraintes temporelles. Notre choix préalable s'est porté sur 15 professionnels issus du milieu hospitalier (gynécologues) et 15 professionnels indépendants (sages-femmes). Dans les faits, nous avons arrêté nos entretiens lorsque la saturation des données a été atteinte.

Nous avons également fait le choix de répartir la sélection des participants sur différentes zones de Belgique. En effet, étant donné les différences territoriales et structurelles auxquelles font face les différentes provinces (notamment sur la disponibilité des sages-femmes), il nous semblait primordial de recueillir les témoignages de professionnels venant de ces différentes zones afin de connaître leurs ressentis face à leur propre réalité de terrain et les contraintes que cela représente. Notre choix s'est porté sur les villes de Bruxelles, de Namur et la province du Luxembourg. Ce choix n'est pas tout à fait anodin puisque nous pouvons voir que, en 2017, la région de Bruxelles capitale comptait 7,3% de sages-femmes, la province de Namur 4,4 % et la province du Luxembourg 2% (statistiques annuelles des professionnels des soins de santé en Belgique). Nous pouvons aussi mettre en évidence des densités de population très différentes dans ces trois régions : 7 380 habitants/km² pour la région de Bruxelles-Capitale, 133 habitants au km² pour la province de Namur et environ 60 habitants/km² pour la province de Luxembourg (Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique {IWEPS}, 2018). Ces

densités différentes amènent des réalités différentes, notamment en termes de distance à parcourir pour les patients et/ou professionnels.

A Bruxelles, les hôpitaux de St-Luc et St-Pierre ont été sélectionnés pour les entretiens des gynécologues ; à Namur, la Clinique Ste Elisabeth ainsi que le CHR ont fait l'objet de notre demande et enfin, en province de Luxembourg ce sont les hôpitaux de Libramont et d'Arlon qui ont retenu notre attention. Les sages-femmes quant à elles, ont été recrutées dans un périmètre de maximum 20 km autour des hôpitaux sélectionnés. Cependant, il faut noter que pour les suivis des grossesses à risque, elles se déplacent généralement dans un périmètre de 30 km autour de leur domicile.

Nous sommes conscientes que d'autres professionnels ayant un rôle à jouer dans le suivi des grossesses à risque, ainsi que les patientes et leurs familles auraient pu apporter des informations très pertinentes pour répondre à notre question de recherche. Cette approche plus globale aurait été optimale. Cependant, nous avons dû limiter notre champ d'action au vu des contraintes temporelles et donc poser certains choix. Le nôtre a été de nous concentrer principalement sur la collaboration interprofessionnelle. Tous les participants ont été sélectionnés sur base de critères d'inclusion et d'exclusion clairement définis, ce qui constitue un échantillonnage raisonné.

Nous avons défini les critères d'inclusion suivants pour les gynécologues-obstétriciens : Être gynécologue-obstétricien ; avoir au moins 5 ans d'expérience ; comprendre et s'exprimer en français ; pratiquer dans un hôpital de la région ciblée ; réaliser des suivis de grossesses à risques ; accepter de donner leur point de vue sur le suivi des grossesses à risque.

Nous avons défini les critères d'inclusion suivants pour les sages-femmes : Etre sage-femme ; réaliser des suivis à domicile à titre principal ou complémentaire ; comprendre et s'exprimer en français ; travailler dans une des trois régions ciblées dans un rayon de 20km autour des hôpitaux sélectionnés ; réaliser des suivis de grossesses à risque ; accepter de donner leur point de vue sur le suivi des grossesses à risque.

Les sages-femmes ont été contactées par téléphone essentiellement. Durant la conversation téléphonique, l'étudiante a indiqué qu'elle est en Master 2 à l'UCLouvain et a expliqué le but de l'étude ainsi que les raisons faisant que l'avis de la sage-femme nous serait utile. Concernant le contact des gynécologues, un appel téléphonique en première intention n'est pas possible car les lignes directes des médecins ne sont pas accessibles. Dès lors, ils ont été contactés par email

(contenant les mêmes informations précitées). Pour les gynécologues de l'hôpital de Libramont, l'étudiante en charge de cette étude a présenté oralement le projet durant un « staff ».

5 Mode de collecte des données

Nous avons décidé de réaliser des interviews individuelles car nous trouvons qu'il est important de récolter des avis purement personnels, qui ne seraient pas influencés par l'effet de groupe. De plus, nous maîtrisons mieux l'approche qualitative individuelle, ayant déjà réalisé cela au cours de notre Master 1 et lors d'un travail de Master 2. Les entretiens non dirigés ont été exclus car nous avons craint que ce type d'entretien ne nous aide pas à répondre à la question de recherche (de par la difficulté à garder le professionnel dans un « cadre » prédéfini). De plus, nous avons sélectionné un modèle scientifique de collaboration interprofessionnelle et il nous semblait primordial de pouvoir interroger les participants sur ce terrain précis.

Dès lors, notre choix s'est porté sur des entretiens semi-dirigés car ce type de collecte de données est particulièrement souhaité lorsque le but est d'identifier différents points de vue, croyances, attitudes et expériences de personnes telles que des patients ou des professionnels de santé (Kohn & Christiaens, 2016). Ces derniers nous permettent de garder le fil de notre recherche grâce à un guide d'entretien préétabli, mais tout en laissant au professionnel une liberté de réponse, ce qui peut donner lieu à de nouvelles idées et permet une compréhension plus profonde des ressentis individuels. Nous nous contentons de nous assurer que les différentes questions ont bien été abordées et que le sujet ne dévie pas de trop. Les entretiens semi-dirigés ont pour point fort de recueillir des informations détaillées mais qui restent comparables d'un professionnel à l'autre, ce qui était particulièrement pertinent dans notre cas.

6 Préparation des entretiens

Pour la réalisation du guide d'entretien, nous avons préalablement sondé la littérature sur le sujet de notre mémoire (comme observé dans le cadre théorique) et cela nous a permis de déterminer les éléments sur lesquels nous souhaitions axer nos questions lors de nos entretiens.

Nos entretiens ont été conçus individuellement par chacune d'entre nous, mais une discussion commune a ensuite eu lieu afin que les deux guides sondent des éléments similaires parmi les deux groupes (ceci permettant des confrontations d'idées et donc des éléments pertinents dans la suite de ce travail). Nos guides respectifs ont été pensés pour durer en moyenne 30 minutes (bon compromis pour obtenir une quantité d'informations intéressantes, mais sans prendre trop

de temps aux participants). En effet, un entretien plus long aurait certainement été une contrainte importante pour les professionnels et cela aurait pu constituer un motif de refus.

Les entretiens se composent d'une introduction qui rappelle aux participants les buts de l'étude et de questions ouvertes non dirigées, rédigées dans un langage simple mais adapté à la profession de nos interlocuteurs. Des questions de relance étaient également prévues. Au décours de nos entretiens, certaines questions ont été légèrement adaptées ou ajoutées, mais la continuité a bien été assurée. Nos deux entretiens disposaient à la fin d'un moment où les participants pouvaient apporter des commentaires personnels libres sur le sujet. Ces commentaires ont également été considérés comme faisant partie de l'interview. Les guides d'entretiens, validés par notre promotrice, se trouvent en annexe 4 et 5.

7 Déroulement de l'entretien :

Nous avons veillé à ce que les entretiens se déroulent dans des endroits calmes, à des moments sélectionnés par les professionnels afin qu'ils ne se sentent pas pressés par le temps. Nous avons également fait attention à garder une attitude d'écoute, non jugeante et incitant le participant à s'exprimer pleinement. Lorsque cela s'avérait nécessaire, nous avons apporté des points de clarification sur les questions posées en essayant de garder une neutralité. Dans les points de clarification, nous pouvons mentionner, à titre d'exemple, la définition du concept d'hospitalisation à domicile donnée après que les interviewés aient donné leur avis sur la question. Les entretiens ont été enregistrés, après accord préalable de l'interviewé (à qui nous avons garanti la confidentialité des données). Afin de favoriser un climat de conversation, aucune note écrite n'a été prise durant les entretiens. Les interviewés pouvaient recevoir la retranscription des entretiens s'ils le souhaitaient.

8 Retranscription et analyse

Tout d'abord, comme le préconise Kohn & Christiaens (2016) dans *Qualitative Data*, les entretiens qui ont été enregistrés avec l'accord des interviewés ont été retranscrits de manière littérale. De plus, les aspects non verbaux tels que les hésitations, les rires ont été aussi référencés au cours de la retranscription.

La difficulté de l'analyse qualitative réside dans l'absence de normalisation ainsi qu'une universalité au sein des procédures qui pourraient être appliquées automatiquement pour tous les types de données. L'approche choisie va dépendre des objectifs poursuivis par la recherche.

Certaines questions de recherche ont besoin d'une approche inductive, d'autres déductive ou encore un mixte des deux (Kohn & Christiaens, 2016).

Aujoulat (2019) mentionne cette variété de méthodes telle que l'analyse thématique descriptive, l'analyse par théorisation ancrée, l'analyse phénoménologique interprétative ou l'analyse structurale. Dans le cadre de notre mémoire, c'est l'analyse thématique descriptive qui nous a semblé la plus pertinente.

L'analyse thématique (descriptive) comprend deux notions : la première étant de faire émerger les thèmes à partir du matériau, il s'agit là de la démarche inductive. La deuxième étant de prédéfinir des thèmes en référence au cadre théorique. Les deux peuvent être utilisées en combinaison et c'est ce que nous avons décidé d'entreprendre dans le cadre de notre mémoire. En effet, *The Four-Dimensional Model of Collaboration* (D'Amour *et al.*, 2018) nous a aidé à prédéfinir les thèmes de notre analyse. Cependant, des catégories émergentes seront aussi retirées de notre analyse, correspondant à la démarche inductive.

Pour réaliser cette analyse, nous avons utilisé le logiciel Nvivo, lequel nous a permis d'une part d'avoir un outil facilitant le classement des unités d'analyse et d'autre part, comme nous réalisons un mémoire conjoint, cela nous a permis de partager nos codages plus facilement.

L'analyse s'est faite par plusieurs lectures des entretiens retranscrits, avec la mise en évidence des verbatims importants, sur base des catégories prédéfinies. Une mise en évidence de catégories émergentes a également été réalisée. La dernière partie de ce travail d'analyse a constitué en une mise en commun de nos analyses respectives, en faisant des liens entre les catégories pré-définies et émergentes des différents entretiens.

Pour renforcer la validité de notre analyse, un *codage parallèle en aveugle* a été réalisé (méthode dans laquelle un premier chercheur procède à l'analyse des données et crée un ensemble de catégories thématiques. Un second chercheur-codeur qui est informé des objectifs de la recherche crée, lui aussi, une catégorisation. Ces catégories sont ensuite comparées entre celles initiales du premier chercheur et celles du second chercheur (Blais & Martineau, 2006). Etant donné que nous réalisons un mémoire conjoint, cette méthode de validation nous semble tout à fait réaliste. En effet, celle réalisant les analyses initialement sur les entretiens des gynécologues se penchera sur le codage réalisé dans le cadre des entretiens sages-femmes et inversement.

RESULTATS

Nous commencerons par présenter les résultats de l'étude réalisée auprès des sages-femmes indépendantes et nous présenterons ensuite les résultats de la seconde étude, menée auprès des gynécologues obstétriciens.

1 Sages-femmes indépendantes (Louise-Marie DROUSIE) :

1.1 Données d'échantillonnage

- Nombre de sages-femmes interrogées : 15 sages-femmes
- Nombre par région identifiée préalablement :
 - Région de Bruxelles : 5 sages-femmes
 - Région de Namur : 6 sages-femmes
 - Région de Luxembourg/Arlon : 4 sages-femmes
- Moyenne du nombre d'année d'expérience en tant que sage-femme : 15,7 ans
- Moyenne du nombre d'année d'expérience en suivi de grossesses à risque : 8,13 ans
- Nombre moyen de suivi de grossesses à risque par mois et par région
 - Région de Bruxelles : 6 suivis différents / mois
 - Région de Namur : 9 suivis différents/ mois
 - Région de Luxembourg/Arlon : 3 suivis différents/ mois

Lorsque la réponse a été posée aux sages-femmes sur la fréquence des suivis de GAR, certaines réactions se sont manifestées telles que « *ça dépend vraiment des moments* », « *C'est un peu par vague* », « *Par rapport à d'autres collègues, c'est vrai que j'en ai plus* », « *c'est un peu difficile à dire ... certains mois j'en ai plus, d'autres moins* », « *... super fluctuant* ». Celles de la région du Luxembourg pensent que ce type de suivi « n'est pas très répandu chez nous comme cela peut l'être dans le namurois ». Dès lors, ces différents verbatims nous informe déjà sur l'aspect aléatoire de la fréquence des suivis de ces grossesses à risques ainsi que sur une distinction potentielle de fréquence entre les régions d'Arlon/ Libramont et celle de Namur par exemple. Sur base de notre échantillon, nous pouvons en effet constater que la fréquence des suivis dans la région du sud du pays est moins importante que celles de la région de Namur.

1.2 Synthèse des résultats des entretiens

Notre analyse comprendra deux grandes parties. La première consacrée à la représentation que se font les sages-femmes de l'hospitalisation à domicile des GAR. La deuxième concernant la

collaboration interprofessionnelle en nous basant sur le modèle d'Amour et al (2008) pour identifier les catégories (dimensions et indicateurs). Des catégories émergentes seront aussi identifiées au fur et à mesure de notre analyse.

1.2.1 Travail exploratoire sur l'idée des hospitalisations à domicile

Dans le cadre de ce mémoire, connaître la représentation que les sages-femmes se font de l'hospitalisation à domicile des GAR nous semblait essentiel. Dès lors, vous trouverez différentes sous-catégories de cette grande thématique.

La représentation de l'HAD a été rapprochée avec ce qui existe actuellement : le suivi à domicile des GAR. Au cours des interviews, nous avons dû à de nombreuses reprises, après avoir récolté les avis des SF, exposer la définition de l'HAD. La première notion ressortie est la difficulté avec la terminologie HAD, *« moi je trouve que c'est suivi à domicile maintenant comment définit-on le terme », « je trouve que le terme hospitalisation à domicile des GAR est un peu spécial », « l'hospitalisation va l'hôpital. Le suivi à domicile on est à la maison », « quand vous me dites HAD, ça coince pour moi. Ce n'est pas un terme que je trouve juste »*. Les SF aimeraient que cette terminologie d'HAD soit modifiée *« si on pouvait changer ce terme »*. Alors que pour certaines la compréhension de l'HAD posait problème *« pour moi HAD ou suivi de GAR à domicile pour moi c'est la même chose »*, pour d'autres, la distinction entre les suivis et HAD est limpide *« actuellement ce que je fais ce sont des suivis à domicile. Il n'y a pas encore vraiment d'HAD pour les GAR, en Belgique en tout cas », « à partir du moment où mon passage est quotidien ou toutes les 48heures, ça devient une hospitalisation à domicile »*. Certaines sont conscientes que cela est déjà mis en place dans d'autres pays *« au Canada, la dynamique est avanguardiste, cela existe déjà »*. Après clarification de la définition, les SF comprennent la distinction *« ça serait donc des sages-femmes qui passent tous les jours », « ah oui non alors je n'ai jamais dû faire », « moi ça m'est déjà arrivé de devoir faire le monitoring tous les jours mais c'est très contraignant surtout avec deux travaux »*.

a) Avantages/ bénéfices du domicile

Tout d'abord, pour les patientes, les sages-femmes mentionnent l'importance de la personnalisation du suivi et l'établissement d'un lien de confiance *« lorsqu'on vient à domicile, c'est un moment pour elle et rien que pour elle », « elles sont moins stressées et se sentent plus en confiance aussi », « le lien de confiance qui s'établit c'est plus facile pour elle après de poser leurs questions », « à l'hôpital, on fait juste le branchement du monitoring et on revient voir après {...} »*. Outre cette personnalisation de suivi, les SF s'accordent à dire que *« l'hôpital*

est très anxiogène pour beaucoup de femmes » et rajoute que « l'hôpital est d'abord un risque d'attraper des microbes. » De plus, les SF expriment que le domicile favorise la diminution stress et certaines font le lien que « pour la MAP, on sait que le stress a un impact », « le but du domicile, c'est aussi de retirer le stress apporté par l'hôpital. » Cette dernière notion est mise en lien, dans de nombreux entretiens, avec celle de sécurité pour les patientes « la voiture peut aussi favoriser les contractions. Je pense donc que l'HAD est un confort mais aussi une sécurité pour la patiente », « moi je pense clairement que c'est beaucoup plus sécuritaire », « une femme qui contracte si on lui demande de venir faire un monito à l'hôpital, ça n'a pas de sens, elle a besoin de se reposer. Cependant, on lui demande de prendre la voiture de faire le trajet, l'hôpital est stressant, sa tension va monter, ... et finalement on fait peut-être du tort. »

De plus, elles rajoutent que les patientes ressentent parfois le besoin de se sentir dans leur environnement « j'ai plein de mamans qui le disent, elles sont contentes d'être rentrées même si c'est pour rester coincées dans leur lit. Elles sont dans leur environnement familial, je pense que c'est important ». En plus de ceci, le gain financier pour les patientes semble important, « pour les patientes elles auraient tout à gagner. Autant financièrement et socialement ». Ces nombreux avantages sont nuancés par les SF mentionnant que « maintenant comme on a une activité libérale, notre avis est un peu faussé »

Ensuite, pour les SF, un consensus évident émerge et concerne le fait « de pouvoir m'organiser, d'être proche de mes patientes » et « d'organiser mes trajets comme je l'entends. Puis de pouvoir adapter mon temps au domicile des patientes ».

Pour finir, certaines mentionnent aussi des avantages pour la société « ça coûterait moins cher qu'une hospitalisation à l'hôpital et cet argent pourrait être investi dans l'hospitalisation à la maison ; les aides à domicile, une location de lit médicalisé ou autre ».

b) Avantages de la structure hospitalière

L'avantage majoritairement mentionné pour les patientes vis-à-vis de la structure hospitalière concerne la meilleure possibilité de repos qu'à domicile « Je pense que quand elles sont à l'hôpital, elles ne savent pas faire grand-chose à part prendre leur douche », alors qu'à domicile « une maman qui a une maison en travaux et qui doit monter deux volées d'escalier dès qu'elle doit faire pipi, c'est pas possible ». De plus, « je pense que parfois les mamans lorsqu'elles ont beaucoup d'enfants, c'est très compliqué pour elle de rester à la maison sans rien faire ». Dès lors, comme « pour certaines femmes c'est impossible de rester au repos à domicile. Dans ce cas l'hôpital peut leur permet de sortir de ce cadre familial ». De plus, la

structure hospitalière permet *« de se déculpabiliser de ne pas faire ce qu'elles sont censées faire »* puisque *« faut savoir que certaines mamans ont du mal de lâcher prise »*.

c) Inconvénients du domicile

Pour les SF deux inconvénients ont été mis en évidence ; l'isolement professionnel et l'aspect financier.

Concernant l'isolement professionnel, elles expriment que *« quand on est à domicile, ça peut être stressant pour certaines SF parce que on est un peu isolées », « la grosse difficulté c'est d'être seule. Même si je peux téléphoner à mes collègues si j'ai un doute mais bon »*. De plus, ayant interrogé des SF dans des zones géographiques différentes, nous avons pu constater que le sentiment d'isolement était plus important dans la province du Luxembourg *« au Lux, on est plus isolées. Cet esprit de regroupement existe peu. Il y a bien sur la question géographique, la superficie, la densité de population, la distance entre les villages qui entre en jeu »*. *« Il n'y a pas de vrai réseau entre nous. Il y a plus de coordination sur Namur je pense. »* Beaucoup rajoute aussi que leur sentiment d'isolement est aussi dû à la difficulté de joindre le gynécologue *« contacter les gynécologues ça dépend un peu mais si je n'ai pas leur accès direct, c'est pas évident d'arriver à les joindre »*

L'aspect financier est une notion sur laquelle les sages-femmes ont largement insisté, il sera aussi évoqué sous la dimension « gouvernance » mais nous ne pouvions pas faire l'omission de le mentionner dans les inconvénients *« c'est que pour le moment au tarif où on est payé, c'est pas rentable », « ce n'est pas une profession que l'on fait pour devenir riche, mais il faut pouvoir vivre décemment. »*.

d) Déterminants de santé

Dans nombreux de nos entretiens, les SF ont mentionné que pour que l'HAD soit envisageable, *« il y a de multiples facteurs qu'il faut prendre en considération »*. Dès lors, nous suggérons d'utiliser les déterminants de santé et leurs sous-catégories

d.1) Conditions socio-économiques, culturelles et environnementales

Le premier point sur lequel les sages-femmes ont largement insisté est de prendre en compte l'environnement des patientes tant d'un point de vue *« logement »* que d'un point de vue *« géographique »*. Certaines patientes vivent dans des logements inadaptés. En effet, elles expriment que *« ça m'est arrivé de voir des patients dans des milieux... insalubres. Je pense*

que la rupture de poche avec tout cela va être compliqué », « vous savez certaines vivent dans un canapé dans leur salon pour laisser le lit à leurs enfants ou parfois à leurs vieux parents. »

Ensuite, l'accessibilité est aussi une notion extrêmement importante à prendre en considération selon les SF *« dans le Luxembourg, il y a des villages qui sont parfois difficiles d'accès surtout l'hiver », « alors certes voir la distance entre leur domicile et la structure hospitalières mais aussi voir si elles ont une voiture ou si quelqu'un peut les conduire au besoin », « si elles n'ont pas de voiture et qu'elles sont perdues au fond des Ardennes »*. Cette notion concerne la patiente mais aussi la sage-femme *« moi est-ce que je suis proche d'elle », « quand il y a du verglas, je dis non car je n'ai pas de possibilité d'arriver au domicile de la patiente »*.

Le deuxième élément sur lequel les sages-femmes ont insisté au cours des entretiens concerne les conditions socio-économiques des patientes *« on sait que le statut socio-économique des patientes peut influencer le risque de GAR, notamment la MAP »*. De plus, elles ajoutent que *« pour celles qui ont des soucis financiers, c'est aussi difficile pour elles de mettre en place des alternatives car elles ne vont pas payer des nounous pour garder leurs enfants. Il faut être conscient de cela »*.

Certaines sages-femmes ont mentionné l'influence culturelle *« pour certaines cultures , l'hôpital est mal vu »* ou d'un autre côté, *« il ne faut pas oublier que parfois dans certaines cultures, le fait de venir à domicile peut être considéré comme intrusif. Donc, si plusieurs professionnels doivent venir à domicile ça peut vite être compliqué »*, pour d'autres par contre comme *« certaines musulmanes ou certaines africaines que je connais bien car j'ai été dans ces pays pour y travailler, aller à l'hôpital c'est se dire : je vais mourir »*.

d.2) Facteurs liés au style de vie

Dans les déterminants de santé, les facteurs liés au style de vie ont aussi été évoqués par les SF *« faut aussi voir les styles de vie qu'ont les mamans », « si on a quatre enfants et qu'on a un mari qui ne fout rien ou pas de mari, c'est très compliqué », « il faut apprendre à ne pas voir trop la poussière. Être un peu moins maniaque », « parfois on ressent une pression mentale des patientes qui ont l'impression qu'elles ne peuvent pas se reposer »*.

d.3) Réseaux sociaux et communautaires

Lors de l'analyse des entretiens, la notion de réseau social est apparue essentielle, si *« elle n'a aucune personne ressource, qu'elle n'a pas un environnement qui s'adapte, alors il vaut mieux qu'elle reste à l'hôpital »*, *« d'où l'importance de faire une anamnèse au niveau de l'entourage »*.

de la patiente ». Les SF insistent sur l'importance qu'il « *faut aussi que les conjoints soient impliqués dans cela, qu'ils soient conscients de ce que cela implique, ça n'est pas rien pour eux non plus.* » Et dans tous les cas , « *lorsque les patientes restent à domicile, il faut leur demander si elles ont des personnes ressources, leur demander si elles veulent qu'on regarde ensemble les différentes associations qui existent et qui peuvent les aider* ». Cependant, si les patientes veulent retourner au domicile et qu'elles n'ont pas un entourage suffisant, « *il faudra développer des aides à domicile ou des titres services* », « *développer un réseau* ». Pour finir, les sages-femmes mentionnent qu'« *actuellement l'inconvénient majeur, c'est la solitude* ».

e) Empowerment

Cette notion a été abordée à plusieurs reprises au cours des entretiens mentionnant qu'« *il faudra aussi bien informer la patiente. Mettre en place vraiment une éducation à la santé* » et insistant sur le fait que « *les patientes doivent être actrices de leur santé* ». Certaines SF insistent sur l'important de ne pas imposer les choses aux couples ; « *le fait de le proposer, ça permet à la maman de se poser la question et de prendre avec le conjoint , la décision qui leur semble juste.* » En effet, elles insistent que « *les parents se sentent autonomes et responsables. Tout en ayant un appui de surveillance médicale mais pas la gestapo* ». Elles expriment aussi la nécessité « *d'être plus dans la prévention et l'éducation à la santé que dans le curatif.* »

Pour les aider, certaines font mention que « *beaucoup d'outils existent à l'ONE. Je travaille beaucoup avec cela. On pourrait faire un système identique pour les HAD* »

f) Pathologies

Un consensus clair des SF concerne la menace d'accouchement prématuré, pathologie rencontrée déjà fréquemment par les SF dans le cadre des suivis qu'elles réalisent à domicile et insistent sur l'importance de la stabilité de cette pathologie « *je pense que majoritairement les MAP stabilisées pourraient clairement rentrer dans cela puisque c'est la majorité des suivis que nous avons* », « *petites MAP ou pour celles qui sont plus loin dans leur grossesse pourquoi pas mais pour les grosses MAP personnellement ...* ». Néanmoins, certaines apportent une nuance affirmant qu'« *après ça dépend de l'intensité de la menace d'accouchement prématuré* ».

La deuxième pathologie mentionnée concerne « *les retards de croissance, j'en ai quand même pas mal à domicile* ». La troisième pathologie mentionnée est la rupture prématurée de la poche

des eaux ; *« je pense à la rupture de poche stable qui reste dans leur lit. Je me dis à partir du moment où on quitte la grande prématurité alors pourquoi pas »*.

Puis, les sages-femmes mentionnent la volonté que toutes les pathologies soient envisagées mais avec une réflexion au cas par cas ; *« c'est vraiment au cas par cas, le tout serait de pouvoir le faire pour toutes les pathos »*. Elles rajoutent aussi que *« dans l'absolu, je trouverais que ce serait juste de le proposer à toutes les patientes »*.

La notion de stabilité de la pathologie revient fréquemment dans les critères à prendre en compte ; *« les pré-éclampsies sévères, ça me semble compliqué. Parce que parfois, il faut sortir le fœtus en quelques minutes »*, *« je pense que tout dépend de la gravité car finalement une pré-éclampsie « stable » pourquoi pas. « Une cholestase stable pourrait être domicile »*. Dans tous les cas, les sages-femmes expriment qu'il ne faut pas rester focalisé rien que *« oui faut pas s'arrêter qu'à l'aspect médical »*, *« je ne dis pas que la pathologie ne doit pas être prise en compte mais ce n'est pas le seul facteur qui doit permettre de dire, ok tu dois rentrer »*.

g) Professionnels impliqués

Les SF mentionnent qu'actuellement *« lorsqu'on va à domicile, on utilise ses multiples casquettes. Et puis faut pas hésiter à prendre contact avec quelqu'un d'autre au besoin »*. De nombreux professionnels du secteur médical, paramédical et du social ont été évoqués par les sages-femmes qui ont accepté de répondre à nos questions *« alors des psychologues lorsque les patientes sont très inquiètes ou lorsqu'il y a d'autres problèmes sous-jacents »*, *« il faudra impliquer les TMS peut-être les assistants sociaux, les kiné, voir des diététiciennes »*, *« moi dans mon anamnèse, je demande toujours le médecin généraliste de contact parce que s'il y a besoin d'une prescription quelconque, c'est eux qui sont plus facilement joignables »*, *« ça m'arrive aussi d'appeler l'assistante sociale mais sur ma carrière ça n'est pas arrivé beaucoup de fois »*, *« je travaille aussi avec des nutritionnistes car l'alimentation est fondamentale durant la grossesse »*. De plus, lorsqu'elles envisagent le développement des HAD, les SF expriment la nécessité d'impliquer *« les aides à domicile, développer aussi les titres services »*.

Cependant, beaucoup d'entre elles mentionnent que ces professionnels devront dès lors se déplacer à domicile ce qui n'est apparemment pas fortement développé *« le kiné pourrait être nécessaire mais maintenant il ne se déplace que rarement à domicile »*, *« les psychologues cela serait bien qu'elles passent à domicile mais bien souvent c'est à l'hôpital »*. Elles insistent aussi sur le fait *« qu'il faut voir au cas par cas et contacter les professionnels au besoin »*, *« Comme je l'ai beaucoup dit, il faut vraiment partir du besoin des patientes, ne rien imposer »*.

Pour que cela puisse se faire, *« il faudrait vraiment travailler en réseau », « le travail en réseau ça devient vraiment essentiel. Il faut des contacts avec d'autres professionnels ».*

h) Craintes des professionnelles sages-femmes

Les SF émettent quelques craintes quant au développement des HAD. Tout d'abord, *« faudra pas arriver à une liste de critères médicaux qui dès qu'ils sont tous cochés, on dit aller hop vous rentrez chez vous », « certains hôpitaux risquent de faire sortir des mamans sans se renseigner sur le domicile. Entre l'hôpital et le domicile, ça n'est pas la même réalité. Il faut que les gynécologues prennent cela en considération. »*

Dans un second temps, comme nous avons pu le mentionner précédemment, elles expriment la crainte que les autres professionnels ne se déplaceront que difficilement au domicile des patientes. Ensuite, certaines mentionnent aussi une crainte au niveau de l'implication des gynécologues dans les HAD ; *« il y a très peu de gynécologues qui sont prêts à passer le pas ».*

Enfin elles expriment des craintes pour elles-mêmes ; *« pour la SF passer tous les jours, c'est difficile », « des SF indépendantes comme moi, seule, je peux le faire de manière ponctuelle ».*

i) Solutions envisagées

Pour les SF, la première solution concerne la disponibilité ainsi *« il faudrait mettre en place des gardes de sages-femmes pour être disponible 24/24 et rapidement ».* Certaines SF ont déjà conscience de cela et ont mis des stratégies en place ; *« les patientes ont mon numéro de GSM et elles peuvent m'appeler 7J/7. Elles savent qu'il n'y a aucun problème ».* De plus, pour que les patientes puissent s'y retrouver *« j'ai une petite feuille que j'ai faite moi-même et qui reprend quand elles doivent me contacter moi ou quand elles doivent se rendre à l'hôpital. Elles savent déjà comment s'orienter ».* Dès lors face à cela, il *« faudra plus de SF impliquées dans les GAR car pour le moment, on est pas si nombreuse que cela », « je pense qu'à ce moment-là il faut être dans une équipe »* et *« donc faut qu'il y ait plus de sages-femmes qui s'impliquent dans ce type de suivi ».* En lien avec cette notion, *« les femmes devront alors s'habituer à être prises en charge par un groupement de sages-femmes ».*

En plus de cela, elles expriment l'importance qu'*« il faudrait alors travailler en collaboration ».* De plus, la plupart des SF disent *« qu'un coordinateur de soin doit être affecté à cela »*

Dans les solutions envisagées, la majorité des SF mentionnent l'importance d'*« augmenter le remboursement des frais de déplacement parce qu'actuellement, c'est vraiment rien du tout »,*

« c'est mission impossible financièrement », « il faudrait qu'il y ait des modifications au niveau de l'INAMI ». De plus, certaines proposent que pour rentabiliser les coûts notamment pour l'achat de matériel qu'« il faudrait peut-être acheter un monitoring en achat groupé pour pouvoir se le passer entre sages-femmes » et qu'« on peut imaginer un système comme la croix jaune et blanche : avoir accès à un véhicule, avoir un endroit qui centralise les demandes avec un réseau de SF ». Depuis quelques années, les sages-femmes ont la possibilité de prescrire certains médicaments. Cependant, quelques sages-femmes ont mentionné qu'il serait intéressant avec ce type de suivi d'augmenter quelque peu la liste « on peut en prescrire certain et c'est très bien mais on en manque un petit peu. Je pense au Monuril par exemple ou alors des antibiotiques peut-être. »

Selon nos sages-femmes interrogées, pour les patientes aussi des éléments doivent être mis en œuvre. D'une part, pour leur permettre d'être au domicile « il faudrait développer les aides à domicile et les aides familiales. Cela leur autoriserait plus à rester au repos. Elles savent que leur mari va rentrer, la maison est propre et le repas est prêt. Je pense d'ailleurs que cela devrait être une priorité dans le développement des hospitalisations des GAR à domicile ». Concernant la livraison de repas, certaines sages-femmes apportent des nuances « parfois certaines personnes sont contentes de quitter l'hôpital pour retrouver une alimentation qu'elles aiment. Dès lors, il faudra vraiment que ces repas soient adaptés et que ce ne soit pas des repas comme à l'hôpital », d'autres vont dire, « la cuisine communautaire c'est parfait, au moins on m'a apporté à manger et je peux me reposer. A mon sens, il faut proposer et ne pas imposer ».

1.2.2 Collaboration interprofessionnelle

Shared goals and vision

a) Orientation centrée sur le patient

Pour commencer cette partie d'analyse, les SF s'accordent à dire que quels que soient les éléments mis en place, « il faut que les professionnels avancent dans la même direction, avec un but commun. » De plus, elles insistent sur le fait qu'« il faut vraiment mettre le couple au centre de nos préoccupations et comme cela tout va bien. »

Internalization

a) Interconnaissance mutuelle

Outre l'établissement d'un but commun, les sages-femmes insistent sur le fait que *« nous devons entre professionnels nous connaître et connaître les compétences de chacun »*. De nombreuses SF mentionnent que cette interconnaissance est liée au fait qu'elles exercent depuis de nombreuses années ; *« Puis, comme je travaille depuis longtemps, je n'ai plus à prouver mes compétences auprès des gynécos »* ainsi que *« je travaille dans un cabinet où l'on fait beaucoup de monitoring donc je suis à l'aise avec cela, j'ai confiance en mes compétences et du coup les gynécos avec lesquels je travaille le ressentent aussi »*. Si certains professionnels ont la connaissance des compétences des sages-femmes pour d'autres *« les compétences hospitalières sont reconnues mais les extrahospitalières le sont beaucoup moins »* et expriment que *« certains médecins sont « collaborateurs » et encouragent notre travail avec reconnaissance et d'autres vont quasiment ignorer que l'on fait du domicile », en nuanciant « ce n'est pas le cas de tous les médecins. Je sais que vous en avez interrogé un de chez nous et c'est agréable de travailler avec lui car il nous encourage dans notre travail extra- hospitalier. »*

Dans cette interconnaissance mutuelle, les sages-femmes interrogées mentionnent aussi la reconnaissance de la limite des compétences ; *« c'est pas quelque chose de figé lorsqu'on est incompetent, il faut passer la main »*, *« généralement, les gynécologues sont très contents à partir du moment où on les a pris en compte »*, *« donc je pense qu'il faut respecter sa place »*.

En plus de la connaissance des compétences en tant que telles, certaines sages-femmes mentionnent aussi le fait de la connaissance de la possession du matériel nécessaire dans le suivi des GAR ; *« maintenant les gynécos savent que j'ai un monitoring, donc ils m'envoient des patientes plus facilement »*.

Certaines SF ont mentionné des pistes de solution afin d'améliorer cette interconnaissance mutuelle, comme une *« journée de congrès où les 2 professions pourraient se retrouver sur l'extrahospitalier »* puisque *« je pense qu'il faut créer une meilleure connaissance des prises en charge (des sages-femmes) par rapport au gynécologue. Par exemple, ils ne confient des patientes qu'à des SF qu'ils connaissent »* et rajoute *« de mon expérience personnelle au lux, je trouve qu'il y a une nécessité de faire reconnaître les compétences d'une SF »*

Outre l'interconnaissance entre les professionnels, les sages-femmes mentionnent aussi l'importance de la reconnaissance auprès des patientes ; *« je pense que le métier de SF est mieux*

reconnu mais pas encore pour les GAR... Beaucoup plus pour le post-partum », « les femmes sont plus informées du rôle des sages-femmes. Maintenant pour les suivis de grossesse à risque à domicile, là c'est encore méconnu. » Dès lors, elles mentionnent qu'il « faudrait aussi faire des campagnes d'infos auprès du public afin de faire connaître cette facette des SF. »

b) La confiance

Cette sous-catégorie est en interrelation avec la précédente. Les sages-femmes s'accordent à dire que *« le lien de confiance que l'on peut avoir avec eux (les gynécologues-obstétriciens) est super important mais aussi avec la patiente »*.

La notion de confiance dans nos entretiens semble être liée à la connaissance interprofessionnelle notamment due aux années d'expérience ; *« il y a un réseau qui s'est tissé au fil des années avec eux il sait que je n'en abuse pas, {...}, la confiance s'est tissée »*. Mentionnant aussi qu'*« il y en a beaucoup que je connais donc ça facilite la collaboration et la confiance que nous avons »*, *« je ne suis pas toute jeune donc ils me connaissent bien et ils savent que je ne suis pas vite inquiète »*. D'ailleurs, elles mentionnent que *« quand c'est quelqu'un qu'on ne connaît pas, c'est plus difficile. »*

Certaines mentionnent aussi que *« parfois j'aimerais qu'il y ait une meilleure confiance de sa part mais bon ... »*. Insistant que si les HAD des GAR se développent plus, *« il faudra vraiment que les gynécologues aient confiance en nos capacités car ce n'est pas toujours évident d'avoir leur reconnaissance »*. De plus, dans ce cadre, *« il faut qu'il ait vraiment un lien de confiance entre la sage-femme et le gynécologue pour le suivi des GAR »*.

En plus du lien de confiance entre les professionnels, de nombreuses sages-femmes expriment l'importance du lien de confiance qu'elles peuvent développer avec les patientes. Dès lors, *« lorsque je sais que la patiente est encore hospitalisée, je passe la voir avant d'aller à domicile, ça permet d'établir déjà un lien confiance »*. De plus, une notion qui est largement mentionnée par les sages-femmes concerne la compliance ainsi *« si je sens qu'elle ne va pas respecter les précautions qu'on lui donne alors je préfère qu'elle soit hospitalisée »*, *« mais je pense que l'important c'est de lui expliquer si elle est hospitalisée à domicile et de voir sa compliance bien évidemment »*, *« c'est vrai que ce qui est important, c'est la fiabilité de la patiente, sa compliance. C'est-à-dire que si on lui prescrit de repos il faut qu'elle reste au repos »*.

Formalization

a) Échanges d'informations

La communication entre les professionnels permettant notamment la transmission des données est essentielle afin d'assurer la collaboration interprofessionnelle. Pour que cet échange soit possible les sages-femmes interrogées envisagent l'utilisation de différents supports ; certaines mentionnent l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TICs) et d'autres l'utilisation des supports « classiques ».

L'un des éléments essentiels selon les SF afin que la collaboration interprofessionnelle puisse être optimale est que *« la communication soit à la base de plein de choses »*, exprimant que *« tous les moyens de communications sont bons »*. Elles sont parfois confrontées à des difficultés dans cette communication interprofessionnelle ainsi *« parfois pour la communication, c'est pas toujours simple de joindre les gynécos »*, *« après parfois les patients ont les numéros des gynécologues et donc moi après je sais les contacter. Pour d'autres, c'est bien plus compliqué. Je dirais même vraiment très très très compliqué »*. Dès lors, la transmission des données dans le cadre des GAR à risque semble compliquée *« pour les GAR, faut vraiment aller à la pêche aux informations »*, *« je vais faire un monito et je ne sais pas pourquoi je le fais »*, *« la patiente me raconte un peu son histoire mais il y a une grosse différence entre ce qu'elle raconte et ce que le médecin pourrait mettre sur le dossier »*. Ce manque d'informations est d'ailleurs mentionné comme un frein pour les prises en charge *« là où il pourrait avoir un frein, c'est sur ce qu'on a pas été informé outre les informations que la patientes a bien voulu nous donner »*, mentionnant comme exemple que *« parfois je dois faire une prise de sang et je ne sais même pas pourquoi je dois faire une prise de sang »*. Certaines précisent que *« plus qu'une question de frein mais c'est plus une question de sécurité »*, *« il faut que l'information soit claire »*, *« je me rends compte que si le médecin m'avait clairement mentionné le but du monitoring, je me rendrais compte que je ne fais pas des suivis de MAP mais que je viens pour une diminution des mouvements fœtaux. Cela ne me permet pas de faire une prise en charge sécuritaire alors que c'est important »*. Dès lors pour aller à la pêche aux informations, de nombreuses sages-femmes expriment que c'est à elles d'initier la communication ; *« j'ai comme principe que c'est moi qui dois initier le contact. Je sais que les hôpitaux ne le feront pas des masses »*.

De plus, une notion qui est mentionnée concernant le contenu de la transmission des données est qu' *« on (Sages-femmes) n'a pas tout à fait le même genre de demande entre gynécologues »*

et sages-femmes dans l'anamnèse. Le médecin va demander tout ce qui d'ordre purement médical. Nous on va en plus s'occuper du psychosocial, des angoisses etc ».

Dans tous les cas, les SF expriment qu' *« une communication entre les professionnels rassure les patientes »*. *« Pour les patientes, cela les rassure énormément le fait de voir une réelle communication entre les professionnels »*, *« moi par exemple je téléphone au gynécologue devant les patientes, comme ça elles entendent la communication »* ainsi *« les patientes se sentent en sécurité. Elles sentent que l'information circule »*

Pour que cette communication soit possible, les interviewées ont mis en évidence différents supports utilisés.

L'utilisation des TICs a été largement mentionnée dans nos entretiens. Les SF expriment qu' *« on peut directement envoyer une photo du monitoring via les réseaux sociaux »* ou bien *« je peux l'envoyer par mail mon monitoring »*. Elles les utilisent aussi lorsqu'elles ont un doute ; *« ça m'est déjà arrivé via WhatsApp. Il y avait des décélérations sur le monitoring et j'avais un doute »*. Elles mentionnent que ces TICs sont aussi en développement pour les échanges avec les patientes *« certaines patients passent par WhatsApp, Messenger, email, ... Si on veut être touché, il faut être branché de multiples manières sinon la communication ne passera pas. »*

Même si de nombreuses sages-femmes ont mentionné que *« les technologies entre les professionnels, ça je pense que c'est vraiment bénéfique »* nous devons être conscientes que certaines mentionnent des craintes et des réticences face à ces TICs *« moi ça me pèse un petit peu... après ça n'est pas ma tranche d'âge (les TICs) »*, identifiant que *« j'ai aussi peur que des informations se perdent »*, *« moi maintenant Internet par rapport au transfert des données, j'ai toujours du mal. Par exemple je reviens sur mon partage de monitorings et j'envoie juste le cliché mais je ne note aucune information »* et insistant sur le fait que *« ça ne doit pas pendre le pas sur le contact humain et je pense que c'est ce qui se passe à l'hôpital »*, *« je pense que la place de l'humain est en retrait au niveau du contact, une sorte de déshumanisation avec l'informatique en soi »*.

D'autres supports classiques ont été évoqués par de nombreuses SF *« ce que je fais moi, c'est que j'ai un dossier à moi et je remets le double à la patiente »*, *« je fais moi-même les dossiers et je vois que le gynéco me dit : « oh mais vos dossiers sont géniaux. Ils reprennent toutes les surveillances »*. Ensuite, beaucoup de SF mentionnent qu'elles privilégient *« la communication verbale, c'est essentiel »*, *« moi je privilégie les dialogues, et c'est nettement plus facile. Ce ne*

sont pas des ennemis les gynécos, mais bien des partenaires » d'autant plus « quand j'ai un doute je téléphone au gynécologue. Souvent les patientes ont le numéro des gynécos. Je n'ai jamais été mal accueillie quand je leur téléphone », « si j'ai des zones d'incertitude, alors je les contacte ». De plus, l'avantage majeur mentionné par les sages-femmes est qu'à « l'oral, les subtilités peuvent mieux être transmises », ainsi « il y a aussi les ressentis que l'on a et que l'on peut dire au gynécologue ». L'inconvénient est « que l'on n'a pas de traces écrites ».

Outre la mention de supports déjà utilisés par les sages-femmes, l'ensemble des professionnelles interrogées exprime la volonté d'« avoir un outil où on pourra mettre toutes les informations. C'est vrai que ça pourrait être pas mal pour l'ensemble des professionnels concernés par l'HAD des grossesses à risque » et ce pour faciliter la collaboration interprofessionnelle. Cependant, beaucoup expriment que « je n'en vois pas (d'outils) mais en tout cas il faudrait développer un bon outil adapté au cadre des GAR », « comme cela nous on peut y mettre nos informations et le gynécologue pourrait directement voir le suivi de la patiente », et mentionnant que « c'est intéressant à partir du moment où on a peut-être le même logiciel ou des logiciels qui arrivent à avoir une certaine compatibilité ».

Certaines expriment la volonté de créer un « outil informatisé commun », « je pense en tout cas qu'informatiser, j'imagine qu'on va en venir là », et exprime que cet outil « serait un outil d'aide pour nous aider dans nos échanges ». Plus spécifiquement, les sages-femmes mentionnent que « ça serait super génial d'avoir un dossier global informatisé et d'y avoir accès de la tablette ou l'ordinateur à domicile. Comme cela, on aurait toutes les informations des hospitalisations et les examens réalisés ». De plus, en lien avec la transmission des données précédemment exprimé, les sages-femmes évoquent que ce dossier global informatisé « favoriserait l'échange avec le gynécologue puisque toutes les données sont reprises dans ce dossier ». Une SF utilise déjà d'ailleurs « le logiciel Emergentis mais c'est pas la panacée », une autre mentionne « qu'il y a une plateforme qui existe déjà mais est ce que les sages-femmes y ont accès ? cela je ne sais pas mais oui un dossier informatisé où tous les professionnels auraient accès serait très bien ». Pour que cela soit envisageable, il faut un « outil alors avec des données cryptées dans le but des partages des données ».

Certains inconvénients sont tout de même envisagés en terme de temps et d'accessibilité. En effet, les professionnelles interrogées expriment que « c'est pas toujours pratique car ça veut dire qu'il faut avoir son ordinateur, avoir une connexion Internet qu'on n'a pas toujours » et qu', « on passe déjà beaucoup de temps auprès de la patiente, alors si on passe beaucoup de

temps à encoder les données, cela devient compliqué » puis « ça a un coût aussi ». De plus, spécifiquement pour la région du Luxembourg « disons que chez nous, c'est parfois difficile d'avoir accès au réseau. »

D'autres sages-femmes mentionnent qu' *« en soi il existe déjà le carnet de la mère. L'outil on l'a mais il n'est que peu utilisé », et « c'est bien puisque dans le carnet de grossesse, il y a beaucoup de place pour écrire tout ce qu'on observe »*. Cependant, la limite mise en évidence pour ce dossier est que *« les gynécologues remplissent les données dans leur dossier informatisé puis plus vraiment dans le carnet de la mère »*. Dans tous les cas, les SF expriment qu'il faut que *« cet outil soit facile d'utilisation et qu'il y ait une séance d'information où l'on peut prendre l'outil en main avant d'être sur le terrain. »*

Une des sages-femmes a mentionné un outil extrêmement intéressant afin d'aider à la prise de décision dans le cadre d'une collaboration interprofessionnelle, il s'agit de *« la boîte à outils qui a été créé par l'équipe ressort, à Libramont et qui est un outil extraordinaire pour travailler ensemble autour des situations complexes »*. Les situations de GAR sont souvent complexes comme mentionné dans le cadre théorique. Cet outil est là *« quand cela ne va pas. »* C'est un outil de collaboration entre professionnels où chacun utilise ses compétences et va chercher les compétences de l'autre, avec la famille au centre. *« dans ce cadre, il faut se donner des outils pour travailler ensemble. Cet outil « GIRAFE » est tout à fait superposable à la périnatalité »*.

Gouvernance

a) Centralité

a.1) La responsabilité professionnelle

Lorsque nous avons demandé ce que les SF pensaient du développement des hospitalisations des grossesses à risque, beaucoup nous ont mentionné qu' *« il ne faut pas oublier que le cadre médico légal et les responsabilités que l'on a font peur », « c'est quand même des responsabilités qu'on prend et est on en première ligne s' il arrive quoi que ce soit », « il faut aussi que la sage-femme se couvre en fonction des actes qu'elle réalise »*. Dès lors, beaucoup de SF mentionnent l'importance de l'implication du gynécologue-obstétricien *« ce suivi c'est sur prescription médicale donc ... », « après c'est l'avis gynéco qui va prédominer, la SF suit », « c'est en fonction des besoins de chaque grossesse et selon les demandes des gynécos »*.

Concernant la transmission des données dont nous avons déjà parlé précédemment, ce cadre médico-légal a été largement évoqué *« après, il est vrai qu'à l'oral, on a pas de traces écrites »*

et cela c'est vraiment une problématique d'autant plus maintenant avec la pression du médico-légal, ça pose de grandes difficultés », « nous comme vous le savez on a besoin de traces pour se protéger. »

a.2) Implication des politiques

Toujours dans le cadre du développement des HAD, les SF mentionnent qu'« *en tout cas, le développement des HAD pourquoi pas mais faut que cela soit bien pensé par les pouvoirs politiques* » exprimant qu'il ne faut que cela soit « *comme le post-partum à domicile où on a dit ok on fait cela et que tout n'était pas mis en place, c'est ridicule ...* ». Face à cela, elles rajoutent que « *c'est lié au fonctionnement de la Belgique qui fonctionne de façon individualiste, sans concertation avec les différents organismes impliqués dans la périnatalité* » et donc « *on a vraiment besoin d'avoir un soutien politique, une dynamique plutôt que de travailler comme on le fait maintenant plic ploc.* »

Un consensus clair émerge des SF mentionnant qu'« *il faut à ce moment-là interpellier les politiques pour mettre en place un meilleur financement parce que sinon personne ne va le faire aux tarifs actuels* », « *financièrement le suivi des GAR n'est pas rentable mais cela, on a dû souvent vous le dire* ». Dès lors, « *il faudrait qu'il y ait d'autres moyens financiers qui se mettent en place* », « *il faudrait qu'il y ait des subsides qui soient octroyés pour aider les SF* ». Les SF interrogées apportent des arguments pour objectiver leurs dires. En effet, « *une indépendante doit gagner au minimum 1 euro la minute donc 60 euros de l'heure. On en est loin* », « *les pauvres 26 € qui nous sont confiés pour les soins à domicile ne sont pas suffisants. Ce n'est pas vraiment rentable surtout vu le temps qu'on passe* », « *cela correspond aux frais de déplacement pour un plombier. Ce n'est pas logique* ». Elles expriment aussi qu'il faut « *que l'INAMI s'adapte à des conditions d'hospitalisation à domicile pour que les sages-femmes et les professionnels puissent appliquer le tiers payant* ». De plus, « *si la SF passe deux fois par jour, il faudrait que cela soit remboursé car je ne suis pas sûr que cela soit le cas actuellement. Après je n'ai jamais eu le cas. Dès lors, il faudrait qu'il y ait des modifications au niveau de l'INAMI* ». Les interviewées ont exprimé que « *les infirmières ont les primes INAMI pour les tiers payants mais nous on n'en a pas je ne sais pas pourquoi.* » Pour terminer ce paragraphe, un élément qui nous a interpellées est que les SF de la région du Luxembourg s'accordent à dire que « *des moyens financiers sont à développer pour permettre les HAD en FWB et plus spécifiquement au sud du Lux* ». Cette spécificité de moyens financiers pour une zone géographique déterminée n'a pas été exprimée par les SF de la région de Namur et de Bruxelles.

Les SF expriment que des améliorations aussi pour les patientes doivent être envisagées. En effet, *« là les patientes sont déjà en arrêt de travail, elles gagnent moins, cela peut engendrer des coûts importants. Des aides doivent donc absolument être mises en place, aussi d'un point de vue financier. »* Il faut aussi que *« les aides au niveau repas soient prises en charge par la sécurité sociale »* et que *« les SF et les professionnels puissent appliquer le tiers payant »*.

De plus, les SF évoquent que *« ça coûterait moins cher qu'une hospitalisation à l'hôpital et cet argent pourrait être investi dans l'HAD; les aides à domicile, une location de lit médicalisé ou autre »* et elles se demandent si *« ça vaut le coup de rester hospitalisée, ça coûte quand même très cher pour donner 3 comprimés et mettre un monitoring par jour. Les 3 comprimés, elle sait les prendre toute seule et le monitoring, la SF à domicile passera pour le faire. »*

Les SF mentionnent que *« les moyens financiers certes mais aussi les moyens pour que la population connaisse cette possibilité de suivi »* et insistent sur le fait que *« pour que la population soit informée, il faut forcément l'implication des politiques sinon à un moment ça va coïncider »*.

Une dernière interpellation envers les politiques qui n'a été mentionné que par deux sages-femmes mais qui nous semblait pertinente à mettre en évidence concerne la prescription des médicaments ; *« les politiques devraient nous permettre de prescrire les médicaments utiles si l'HAD se développe plus. »*

b) Soutien à l'innovation

Cet indicateur fait référence à une redistribution des responsabilités entre les professionnels et les institutions. Au vu du déplacement des hospitalisations des GAR de l'hôpital vers le domicile, les SF signalent que *« les responsabilités que nous allons avoir vont évoluer »*. Dès lors, *« il faudrait des équipes beaucoup plus drillées puisque les responsabilités vont sans doute être modifiées »*. De plus, comme certaines pensent que *« les sages-femmes, qui n'ont pas l'habitude de ce type de suivi, risquent d'avoir peur de se lancer, il faudrait organiser un certain compagnonnage pour qu'elles prennent confiance »*. De plus, *« pour celles qui ne sont pas à l'aise avec les monitorings, il suffira de mettre une séance de formation comme on fait avec les stans »*.

c) Connectivité

Cet indicateur fait référence au fait que les professionnels sont inter-reliés et en évolution. Comme vous avez pu le lire, la communication interprofessionnelle n'est pas toujours aisée.

Cependant, afin d'ajuster les pratiques, les SF mentionnent le fait qu'il faudra prévoir des moments de rencontre. En effet, *« je pense que si on envisage le développement des HAD des GAR, faudra que l'on puisse se rencontrer en vrai. Vous comprenez ce que je veux dire ... Qu'on puisse avoir comme les staff hospitaliers, dès moment où l'on peut se rencontrer pour faire le point »*. Certaines imaginent d'organiser aussi *« une journée de congrès où les 2 professions pourraient se retrouver sur l'extrahospitalier »*.

d) Leadership

Outre la mise en place d'un coordinateur qui serait, selon elle, les SF puisque *« nous sommes en contact direct avec les familles »* et que *« les gynécologues risquent de ne pas avoir le temps »*, de nombreuses SF ont mentionné l'importance du leadership.

Elles mentionnent un leadership émanant de par la position hiérarchique *« il y a aussi la hiérarchie médicale où il y a des prises de pouvoir. Je ne veux pas mettre des étiquettes mais il y a une sorte de hiérarchie. A un certain moment, les gynécologues étaient au sommet et en bas de la montagne était la sage-femme »* et *« c'est souvent les gynécologues travaillant avec les sages-femmes au sein de l'hôpital qui sont au courant qui communiquent à la patiente ces infos ou qui téléphonent aux SF dont ils ont les coordonnées (et dont ils savent qu'elles possèdent un monitoring). C'est eux qui auront donc les cartes en main »*. Elles pensent aussi qu' *« ils monopolisent beaucoup les suivis de grossesse à risque »*. Certaines sages-femmes mentionnent aussi que *« comme je travaille aussi à la clinique, je n'ai pas envie de me mettre à mal avec les médecins. Donc je tempore les choses même si, de temps en temps, j'explique un peu. Il y a malheureusement peu de rebond de leur côté »*.

D'autres par contre expriment que finalement, c'est un leadership partagé où tous les professionnels garderont une participation aux prises de décision. En effet, elles mentionnent que *« les gynécos, soyons honnêtes, n'auront pas le temps. Du coup, c'est la sage-femme qui sera en première ligne même si elle prendra les décisions en discutant avec le gynécologue »* puisque dans le cadre de ce type *« c'est une prise de décision commune que l'on vise »*.

Les différentes notions que nous avons pu faire émerger de notre analyse seront confrontées avec celles des gynécologues.

2 Gynécologues-obstétriciens (Lalie ENGLEBERT) :

2.1 Caractéristiques de l'échantillon :

Pour cette étude, nous avons réalisé douze interviews semi-dirigées, réparties sur trois provinces francophones. Quatre des professionnels interrogés pratiquent en province de Luxembourg, cinq en province de Namur et trois en région de Bruxelles. Six gynécologues-obstétriciens (quatre en province de Namur et deux en province de Bruxelles-Capitale) ont répondu positivement à mon email de demande d'interview. Deux (en province de Luxembourg) ont accepté de me rencontrer suite à la présentation du projet lors d'un staff. Enfin, quatre gynécologues-obstétriciens (deux en province de Luxembourg, un en province de Namur et un en province de Bruxelles-Capitale) ont accepté une interview suite à une rencontre lorsque je me suis rendue spontanément dans les services de grossesses à risque. Toutes les personnes interrogées entraient dans les critères d'inclusion, excepté dans la province de Luxembourg où l'un des professionnels rencontré lors d'une visite dans le service avait moins de 5 ans d'expérience. J'ai néanmoins décidé de l'inclure. Parmi ces douze professionnels, six travaillent dans des services de grossesses à haut risque (MIC) (trois à Namur et trois à Bruxelles) et six travaillent dans des services de maternité classiques, qui accueillent des grossesses à risque (non MIC) (quatre dans le Luxembourg et deux à Namur). Pour la province du Luxembourg, le nombre moyen d'années d'ancienneté était de 15,5 ans [2-30], pour la province de Namur de 13 ans [5-30] et pour Bruxelles-Capitale de 22,3 ans [10-34].

2.2 Apports des professionnels sur l'HAD des grossesses à risque

2.2.1 Travail exploratoire sur l'HAD

a) Représentations du concept

De manière générale, les professionnels avaient une définition de l'HAD fort proche de celle présentée dans notre cadre théorique. Certains avaient une vision relativement large et succincte « *l'hospitalisation à domicile, ce sont des soins continus qui se font à la maison plutôt qu'à l'hôpital* » alors que d'autres avaient une définition beaucoup plus précise et détaillée « *[...] on est effectivement dans des soins « comme en hôpital », pas juste la surveillance de monito 3x/semaine avec surveillance de tension. On est dans une surveillance médicale et donc, c'est ça que je dis interprofessionnelle : médecin, kiné, infirmière, sage-femme, ... enfin tout ce qu'on doit avoir qui gravite autour.* » Trois d'entre eux avaient une représentation différente « *pour*

moi ça veut dire une pathologie qui peut se traiter en hôpital de jour et peut se faire à la maison », ou n'avaient aucune idée de ce que le concept pouvait représenter (une explication a alors été fournie pour la suite de l'entretien). Une gynécologue a émis une petite réserve sur le terme en lui-même, qui, selon elle, prête à confusion « déjà ça me gêne parce que quand on dit hospitalisation, il y a le mot hôpital. Donc je trouve que quand vous dites HAD, il y a une opposition dans les mots. [...] ».

b) Pathologies envisagées

D'une manière générale, un consensus est clairement établi entre tous les professionnels : les pathologies pouvant faire l'objet d'une HAD sont « *des pathologies chroniques, qui ne risquent pas de se dégrader très rapidement* ». Ces pathologies ne doivent pas présenter des situations d'urgence « *ce qui nécessite pour moi une hospitalisation pour une surveillance intensive, là je ne vois pas de HAD* » et avoir été préalablement stabilisées « *si elle pas encore stabilisé ou pas encore bien mis au point alors là je suis contre qu'elle soit à la maison* ». Tous les obstétriciens mentionnent également que le choix de réaliser ou non ce suivi ne peut pas être basé sur la pathologie seule, mais qu'une adaptation au cas par cas est nécessaire « *Voyez, si on fait une règle, on dit « toutes les pyélonéphrites, maintenant ça doit être une HAD »... ben non, parce que ça peut être vecteur d'accouchement prématuré ! [...] Il faut s'adapter chaque fois en fonction de la situation...* ». Des critères médicaux sont à prendre en compte, tels que le nombre de SA « *Bon sauf si c'est une MAP à 26 SA avec un col à 4 cm* », le caractère urgent de la pathologie « *Donc, si on a un gros risque d'accouchement prématuré et qu'on est à 25 semaines, s'il n'y a pas de soins tout de suite, il va mourir... Si on est à 34 semaines et que oui le col est ouvert, il ne va pas tomber comme ça dans son lit, mais à 24 semaines, oui... [...] à 34 semaines, elle a le temps d'arriver à l'hôpital quand même* » ou la présence de comorbidités. D'autres critères non médicaux, comme la situation familiale de la patiente ou les déterminants de santé par exemple entrent aussi en ligne de compte dans le choix d'HAD « *Il faut pouvoir dire "là : oui" "là : non", et en fonction, soit social ou soit médical, ou soit un petit peu des deux....* ».

Nous retrouvons dans les interviews certaines pathologies qui reviennent régulièrement : menace d'accouchement prématuré (12) « *les MAP, ça c'est vraiment un truc qui doit rester à la maison !* » « *Les MAP toutes ces choses-là, je pense que c'est typiquement la chose idéale à prendre en charge à domicile* », la rupture prématurée de la poche des eaux (7) « *Alors oui la rupture de poche pourquoi pas avec des bios [...] mais encore une fois selon le col je dirais et le niveau de contraction* »; Hypertension gravidique stable (6). D'autres sont citées moins

souvent : Pyélonéphrite (3); Vomissements incoercibles (3); Placenta bas-inséré (2); Diabète de T1 stabilisé (2); Béance du col (après 28-29SA) (1) ; Métrorragies de début de grossesse (1); Cholestase gravidique (1). Certaines pathologies ont été mentionnées comme ne pouvant jamais faire l'objet d'une HAD, mais les résultats sont à prendre avec plus de prudence puisque la question portait sur les pathologies pouvant bénéficier d'une HAD, et pas sur celles ne le pouvant pas. Nous retrouvons ainsi les pré-éclampsies (2) « *bon je ne parle pas la pré-éclampsie hein, qui est une situation qui peut décompenser en aigu* », les placentas prævia (2) « *pour un placenta prævia qui saigne, je ne pense pas... parce que c'est trop dangereux si elle commence à saigner à la maison ça peut être cataclysmique et c'est très dangereux!* », les diabètes déséquilibrés (2) et le RCIU sévère (1). A noter que la rupture prématurée de la poche des eaux et l'hypertension gravidique ont chacune été mentionnée 1 fois comme faisant partie des pathologies ne pouvant être suivies à domicile.

c) Bénéfices mis en avant

D'une manière générale, les professionnels sont majoritairement « pour » une HAD des grossesses à risque, SI (et seulement si) des infrastructures suffisantes sont déployées « *du bien, mais ça demande une infrastructure, une coordination, plein de choses supplémentaires, voilà...* »

Sont cités les bénéfices sur le stress « *ça permet quand même que le stress ne monte pas de façon inutilement élevée* » « *parce que la patiente vit dans son univers et aura moins de stress, d'autant plus qu'elle sera surveillée quotidiennement par une sage-femme* », le confort « *je pense aussi que pour les patientes c'est plus agréable d'être chez elles* » « *se reposer pour se reposer, je pense qu'on se repose certainement mieux à la maison qu'à l'hôpital* » et le bien-être « *pour le repos et pour le moral, qui est très important aussi, pour tenir bon dans des MAP qui durent longtemps par exemple, ben ça c'est un vrai point positif !* » et le repos de la patiente « *au lieu d'être poursuivie, réveillée à n'importe quelle heure et des choses comme ça, le suivi sera aussi bon à domicile qu'en hospitalier* » « *laisser les gens chez eux pour qu'ils soient bien dans leur peau alors qu'à l'hôpital ils dorment mal, il y a des autres malades à côté, les chambres doubles qui sont pas super pour le repos...* ». Enfin, la difficulté psychologique que représente l'éloignement familial, surtout lorsque la patiente a déjà des enfants est mentionnée : « *il y a des dames qui sont très malheureuses et des enfants qui sont très malheureux que leur maman soit séparée d'eux* » « *se retrouver longtemps à l'hôpital, c'est difficile d'un point de vue psychologique pour les patientes* ». Une HAD permettrait donc, selon les professionnels,

que la patiente souffre moins de cet éloignement : *« pouvoir être dans leur cocon familial avec leurs enfants, avec leur famille, c'est tout bénéfice aussi pour elle et pour le suivi de leur grossesse. Pour leur pathologie en général. Voilà, c'est une bonne chose. » « C'est bien pour le rapprochement familial » « Je trouve super qu'elle puisse être à la maison avec sa famille plutôt qu'isolée ici »*. Ces bénéfices sont également importants pour l'évolution favorable de la grossesse et de la pathologie obstétricale.

Ont également été cités le facteur économique : *« Je trouve que c'est très bien heu... sur un point de vue purement économique.. » « J'imagine que d'un point de vue coût pour la société de l'hospitalisation, c'est sûr que si les soins peuvent être déplacés au domicile, à mon avis, ça doit réduire les coûts. »*, la réduction des risques d'infection nosocomiales *« je pense que ça peut un peu limiter l'hospitalisation parfois inutile en milieu hospitalier et surtout éviter tout ce qui est infection nosocomiale »* et une meilleure connaissance de l'environnement de la patiente *« disons que l'avantage aussi de ces hospitalisations-là, c'est de se rendre compte dans quelles conditions les gens vivent aussi! [...] L'avantage du domicile c'est de pouvoir rentrer dans la réalité et peut-être de pouvoir alors aussi à ce moment-là mettre des structures autres plus efficaces comme les services sociaux ou des choses comme ça... »* La satisfaction des sages-femmes a également été mentionnée (avec l'exemple du retour précoce) : *« Les gens sont très contents du système de visite à domicile. Et les sages-femmes aussi ! c'est ça qui est intéressant! »*

d) Craintes et réticences des professionnels vis-à-vis de l'HAD :

d.1) Accessibilité :

L'accessibilité est un terme assez large, qui a regroupé plusieurs choses dans les entretiens. Tout d'abord, certains professionnels ont identifié comme source de stress le lieu de domicile de la patiente et la distance qui la séparait de l'hôpital *« donc, moi ce qui m'embête c'est si on a quelqu'un qui est loin, à ¾ d'heure, 1 heure de route ça m'embête ça par contre ! [...] Ici, c'est embêtant parce que s'il y a un problème, elles sont loin »*, ou encore son isolement *« donc une dame qui est isolée dans sa campagne avec 0 gynéco autour... bof. Bon voilà je pense que pour les dames éloignées de l'hôpital, c'est quand même moyennement... moi je serais loin de la dame, je ne serais pas à l'aise »*. D'autres mentionnent les kilométrages qui devront être réalisés par le personnel *« pour les membres de l'équipe soignante qui doivent aller au domicile de la patiente et où effectivement quand il faut faire une demi-heure de voiture entre chaque lieu dans la province de Lux, c'est peut-être moins facile qu'à Bruxelles »*, bien que les

difficultés pour se déplacer à Bruxelles pourraient être vues comme tout aussi contraignantes « heu à Bruxelles, c'est sans doute pas facile de se déplacer, de trouver à se garer, les temps de trajet sont longs parce que pas faciles ; et dans la province, les temps de trajets sont longs parce que les kilomètres sont là. Donc je ne suis pas sûr que ça influence très fort » « à Bruxelles, on est parfois bien éloigné quand même, si on tombe pendant les heures d'embouteillage... ». Les conditions climatiques dans les zones rurales ont également été mentionnées à plusieurs reprises par certains gynécologues. « Bon, on n'a plus des hivers aussi rudes, mais imagine que tu dois faire 200 km par jours entre les villages et on t'appelle en urgence pour telle chose et c'est glissant... bon tu mets quand même ta vie en danger ! ». Le fait que la patiente soit en mesure de se rendre à l'hôpital de façon rapide et par ses propres moyens est aussi un questionnement soulevé par quelques obstétriciens. Cependant, l'accessibilité géographique ne devrait pas non plus, selon eux, constituer une raison pour ne pas mettre en place cette prise en charge « [...] je pense que pour les gens, qu'on soit Ardennaise ou Bruxelloise, on a tout autant envie de rester chez soi et donc je ne pense pas que ça doit être ça le critère pour dire je mets ça en place sur une province et pas sur une autre. »

Il est intéressant de noter que cette distance par rapport aux structures hospitalières est vue à la fois comme un frein, mais également comme une raison de promouvoir l'HAD, notamment pour le rapprochement familial « Ici en province du Luxembourg, les distances sont énormes donc heu... je trouve qu'avoir une patiente chez elle sera mieux que si elle était à l'hôpital car il y a les visites, la famille qui pourrait ne pas se taper des km et puis... si c'est une famille du village ou aux alentours, c'est beaucoup plus facile de rendre des visites à une patiente qui n'a pas vraiment besoin d'hospitalisation intensive. » L'avantage est également d'éviter à la patiente des voyages répétés entre le domicile et l'hôpital : « mais en même temps, si on doit les faire revenir tous les 2 jours ici aussi, ça va être problématique aussi... donc ça c'est l'intérêt d'avoir quelqu'un qui va pouvoir se déplacer chez la patiente » « Donc ça éviterait pas mal de déplacements au final. Là elle pourrait tout faire à la maison et ce serait super pour elle ! »

Enfin, au-delà de l'accessibilité purement géographique, la possibilité pour la patiente de prendre en charge les frais liés à son hospitalisation si cette dernière n'est plus un « forfait » comme en structure hospitalière a également été abordée : « Ici vu que c'est à grande échelle dans un hôpital c'est le forfait on peut les faire tout ce qu'on veut c'est compris dans le prix. A la maison je ne sais pas du tout comment c'est censé s'organiser point de vue prise en charge », ainsi que le fait que certaines sages-femmes sont conventionnées et d'autres pas.

d.2) Disponibilité des soignants :

« *Le deuxième problème, c'est la disponibilité du personnel ! Personnel au sens extrêmement large...* ». En effet, certains gynécologues ont la crainte que le personnel dans certaines régions ne soit pas suffisant pour assurer un suivi « *est ce que dans toutes les provinces, on a la même densité médicale, infirmiers, kinés, aides-familiales, nounou, etc, ... ?* » « *est ce qu'on a la même densité de personnel partout et est-ce que tout le monde peut y avoir accès en fonction du nombre de kilomètres que chacun va devoir faire ?* » Cet avis n'est pas spécialement partagé par tous les obstétriciens : « *Non, au contraire, moi j'ai l'impression qu'il y a beaucoup plus de jeunes sages-femmes qui vont vers de l'indépendant parce qu'elles ont du mal de trouver dans les hôpitaux donc... au contraire !* » Par exemple, les professionnels exerçant dans la province du Luxembourg expriment qu'ils voient une grande évolution depuis quelques années « *Il va y avoir un réseau. Il y a 10 ans d'ici il n'y avait rien!* », avec des indépendantes qui sont de plus en plus présentes « *donc vous avez des hordes de sage-femme qui vont s'installer dans... en privé. Alors c'est vrai que dans le domaine précis où vous parlez, ça peut être extrêmement intéressant parce que du coup, elles existent, il ne va pas falloir les inventer* ». Il mettent également en avant la disponibilité des sages-femmes lorsqu'ils ont recours à elles et la facilité qu'ils ont de les contacter : « *[...]Moi je n'ai jamais eu un problème avec une sage-femme indépendante de lui dire « est-ce que tu peux aller ? » « oui ! »* ».

La disponibilité des soignants passe aussi par leur capacité à se rendre rapidement à domicile, à tout moment « *comme ce n'est pas calculable en obstétrique, il faut pouvoir avoir un appel, quelqu'un de disponible qui peut venir tout de suite et pas dans 3 heures quoi...* ». Les obstétriciens rappellent cette nécessité pour la sage-femme d'être tout le temps joignable « *alors pour moi on ne peut pas se dire : voilà heu je suis telle patiente et maintenant je pars en week-end* », réactive et de pouvoir organiser des « gardes » pour couvrir leurs absences éventuelles « *vous devez avoir, si vous travaillez à plusieurs, quelqu'un qui soit toujours dispo dans le cas où, évidemment* »

d.3) Déterminants de santé

Une notion revient de manière quasi systématique dans les entretiens menés : l'hospitalisation peut parfois constituer une « protection » de la patiente contre son environnement « *d'ailleurs quand on parle de retour à domicile, tout cet aspect des tâches ménagères reste quand même beaucoup dans le giron des femmes et c'est parfois un obstacle à la sortie, parce qu'on essaye parfois de protéger les femmes de leur milieu familial.* ». Nous avons ressenti que les

professionnels tenaient à pouvoir conserver la possibilité de proposer des hospitalisations en structure hospitalière pour le bien-être de leur patiente : « [...] effectivement aussi le fait de dire que peut-être certaines ont besoin d'être soustraites de leur milieu de vie ou peut-être ça leur fait du bien de se retrouver dans une clinique. » La question des aidants proches et le soutien que les futures mamans peuvent recevoir à domicile est soulevée et certains professionnels font comprendre que le conjoint peut être un obstacle au retour à domicile : « combien de fois est ce qu'on n'a pas des maris... Ils veulent Madame à la maison hein !! Et là, à la limite c'est plutôt un critère pour nous de... enfin on va voir la patiente et on lui dit est ce que ça va aller de rentrer maintenant ? Et en aparté elle dit « ben je sais que je vais être corvéable à merci dès mon retour » » Bien que l'HAD soit perçue comme une plus-value pour les patientes avec des enfants, la situation familiale de la dame peut aussi présenter un obstacle si rien n'est mis en place pour l'aider « parfois une patiente dans la même situation médicale, peut-être que je dirai non celle-là je la garde à la clinique parce que je sais qu'elle a 5 enfants et qu'elle ne va pas écouter ce que je raconte ». En effet, certains soutiennent que tous les bénéfices d'une HAD pourraient être perdus si rien n'est organisé pour instaurer une nouvelle dynamique le temps de la grossesse : « La dame qui est enceinte de son 4ième et les 3 autres sont à la maison... si l'HAD c'est juste rentrer à la maison... ben ça, ça ne va rien améliorer. Si les 3 autres sont là, s'il faut aller les conduire, les chercher à l'école en plus le petit dernier est à la crèche mais comme maman est à la maison ben il a plus trop droit à la crèche et donc il reste à la maison... là je pense qu'on a typiquement tout perdu. ».

Des pistes de solutions ont donc été suggérées par les professionnels. La première chose avancée est de s'assurer que la patiente recevra une aide familiale adéquate, comme par exemple : réduction de temps de travail du conjoint « faudra de toute façon mettre des choses en place, faudra de toute façon que Mr il allège un peu son temps de travail », préparation des repas par les grands-parents ou des voisins/amis « que le papy et la mamy prépare des petits repas » « parce que parfois c'est sa maman qui va faire que la grossesse va bien évoluer ou pas », gestion du linge par la famille, Mais cela n'est évidemment pas toujours possible « voilà il y a des gens qui vivent avec une nounou 7j/7 24h/24 et d'autres pas du tout ! ». Dans ces cas-là, une aide familiale ou autre est souvent proposée « aussi quelqu'un pour venir faire le ménage parce que la dame ne va pas pouvoir faire le ménage seule » « il faudrait une aide à domicile, donc une dame qui est là toute la journée et qui l'accompagne » selon un système de titres-services par exemple. Le retour à la maison est dépendant de l'aide qu'elle va pouvoir y recevoir, selon les obstétriciens « ça va fort dépendre de l'entourage de la patiente en fait

hein. Si elle a un entourage qui est là pour l'aider d'un point de vue effectivement pratique, au niveau des repas, au niveau de la toilette, etc... ».

Le fait que la patiente soit issue d'un milieu socio-économique plus défavorisé est perçu comme un frein par certains professionnels, tant du côté purement économique *« une patiente par exemple plus défavorisée, ça peut être plus compliqué à mettre en place ! »*, que du côté social *« alors, évidemment, le problème social est important ! On a des patientes qui ne sont malheureusement pas bénies des dieux, faut qu'elles soient suivies par l'ONE.. et donc des patientes comme ça, je ne peux pas admettre qu'elles soient en HAD »*. Cependant, d'autres estiment que cela n'a pas de réel impact *« Ça me gêne toujours parce que on a parfois des milieux socio-économiques défavorisés avec des gens qui sont très scrupuleux et des milieux très favorisés où les femmes ne font pas du tout ce qu'on leur demande de faire. Donc non, pour moi ce n'est pas un critère »*. *« la fiabilité de la patiente va être importante... Mais je crois pas que ce soit dépendant; je crois pour autant que ce n'est pas dépendant uniquement ni du niveau d'étude ni du niveau social ni du niveau machin! »* et que ce sont plutôt des facteurs très individuels qui doivent entrer en ligne de compte.

Enfin, certains mentionnent que l'hospitalisation peut aussi constituer une protection contre certaines patientes qui, pour des raisons professionnelles ou familiales essentiellement, ont du mal de prendre le temps de se reposer : *« C'est souvent pour des mauvaises raisons qu'elles ne veulent pas en entendre parler, c'est-à-dire : "oui mais je dois continuer à boulotter j'ai des gros projets au travail", "oui mais j'ai les 3 autres à la maison" ça c'est typiquement des mauvaises raisons parce que c'est pas des bonnes indications d'HAD »*

d.4) Gestion de l'urgence :

La gestion de l'urgence est un frein qui est régulièrement mentionné par les professionnels *« en obstétrique c'est difficile de prédire comment ça va se passer et on ne peut pas dire si on va avoir besoin d'une prise en charge armée avec une césarienne en extrême urgence... et c'est ça qui me dérange ! »*. Et certains s'interrogent sur le caractère sécuritaire de cette prise en charge *« si toutes les infrastructures nécessaires à la personne sont sur place alors oui... Mais dans l'obstétrique, c'est ça qui me gêne, j'imagine mal comment c'est possible en toute sécurité »*. (A noter que ces verbatims ont été recueillis dès le début de l'entrevue, avant la réflexion sur le caractère « stable » ou non des pathologies. Il a ensuite généralement été nuancé en cours d'entretien). Certains mentionnent au contraire : *« [...] avec quand même la petite nuance qu'en général en obstétrique on a des hospitalisations quand même relativement*

« soft » qui en général, à part quelques pathologies bien précises, ne sont justement pas des hospitalisations très médicalisées ou qui demandent vraiment des traitements aigus. Donc je pense effectivement que s'il y a un terrain dans lequel ça peut être propice, c'est intéressant ! »

Dans tous les cas, les obstétriciens demandent toujours une mise au point hospitalière pour juger du caractère potentiellement urgent de la pathologie avant d'envisager un suivi à domicile : *« on a un check d'abord, oui c'est possible, non c'est pas possible ... au départ de l'hôpital, et pas l'inverse » « [...] je trouve qu'il faut d'abord faire une mise au point à l'hôpital et puis si c'est stable, elle rentre à la maison »*. La question de temporalité dans l'urgence est une donnée qui revient souvent dans les entretiens et qui est fortement liée à la notion d'accessibilité et de distance entre le domicile de la patiente et l'hôpital. Certains professionnels expriment qu'ils se sentiraient rassurés s'il y avait un système d'ambulance plus accessible pour les patientes *« maintenant, il y a aussi la sécurité de se dire que voilà s'il y a un système d'ambulances prêtes... Pas qui est loin, comme je te dis à Marche et qu'il faut attendre 1h30 ! » « Que, d'une façon ou d'une autre, par proximité géographique ou, on en parlait, en bonne intelligence avec le service 100 on sache que s'il y a un truc qui ne va pas, le retour peut se passer rapidement et dans des bonnes conditions, je pense que c'est essentiellement ça. »*. Une forme de collaboration avec le service 100, un accord préétabli serait rassurant *« C'est de toute façon, je pense, des décisions qui se prennent relativement vite et donc toujours dans un moment de stress, pour la patiente et pour les professionnels. Donc si les modalités peuvent être discutées à l'avance et que quand on dit ok il faut retourner à l'hôpital, la voiture ça va être un peu juste, on appelle une ambulance mais ça ne choque personne parce que le service 100 à l'habitude, là ça permet de désamorcer déjà beaucoup de choses ! »* Un obstétricien a également émis l'idée d'un code d'urgence commun, afin que l'information de l'urgence soit correctement relayée et comprise.

2.2.2 Acteurs concernés

a) Les acteurs :

Bien-sûr, le gynécologue et la sage-femme ont été cités de manière systématique, mais les gynécologues insistent sur l'importance d'une collaboration plus large, avec de nombreux acteurs *« aussi bien ça s'improvise le monito 2x/semaine, ça ne s'improvise pas de mettre une perfusion chez quelqu'un qui est dans sa maison avec son pied à perf. Et je pense que ça, on ne peut pas faire ça tout seul dans son coin »*. D'autres acteurs comme l'assistante sociale *« il faut avoir tout l'aspect assistante sociale etc pour l'organisation »*, le kinésithérapeute, une aide-

ménagère ou encore le médecin traitant « *Le médecin généraliste, évidemment il doit être au courant parce que c'est quand même un pilier important !* » « *Il faut une collaboration énorme avec le médecin traitant... qui doit être d'accord! Qui doit être d'accord de s'impliquer dans le bazar* », ainsi que la patiente elle-même « *il faut avoir la collaboration de sa patiente et de sa famille* » ont également été cités dans les entretiens. Le médecin traitant fait souvent l'objet d'un point d'attention particulier car est vu comme un collaborateur indispensable, parfois même comme l'acteur de coordination. C'est une personne ressource, qui peut intervenir dans l'urgence en attendant une aide extérieure « *alors pas pour la pathologie directement car on se réfère quand même à l'obstétricien, mais le généraliste doit être au courant parce que s'il est tout près dans le cas où il faut intervenir en attendant, on peut l'appeler et il peut gérer quand même certaines choses en attendant* », gérer certains petits problèmes nécessitant l'intervention d'un médecin, mais pas nécessairement d'un spécialiste « *par contre on peut l'appeler s'il y a un problème voilà plus aigu, qui ne justifie pas de nouveau qu'on aille à la clinique, mais qui faudrait un regard médical sur une perfusion, quelque chose qui apparaît, une allergie, voilà* » ou pour stabiliser une pathologie, ce qui est en dehors des compétences légales de la sage-femme « *son rôle actif, par exemple, en cas d'HTA labile en attendant une hospitalisation ou quelque chose comme ça, il peut passer, faire une injection, donner un sublingual pour faire baisser la tension en attendant... Ce que la sage-femme n'a pas l'autorisation de faire* ». Cependant, à plusieurs reprises, certains gynécologues ont mentionné que le médecin généraliste était parfois peu enclin à intervenir chez la femme enceinte, par crainte ou manque d'habitude « *C'est-à-dire que pour les choses légères et qu'il se sent capable de prendre lui en charge aussi... car il y a aussi cette question-là, il y en a qui ne veulent pas entendre parler d'obstétrique ou de gynéco* ». A noter qu'un gynécologue a estimé que le généraliste n'avait pas sa place dans l'organisation de l'HAD et que cela constituerait un nouvel intermédiaire, ce qui a été jugé inutile « *il ne connaît pas la pathologie, pas les antécédents... et moi je ne me vois pas passer encore par un intermédiaire, ce n'est pas nécessaire* ».

b) Les patientes et leur empowerment

Les patientes prennent une place et un rôle beaucoup plus actif dans la prise en charge de leur pathologie et leur empowerment est donc primordial. Pour ce faire, les professionnels proposent avant tout une « très bonne information » des patientes sur leur pathologie, un support d'information fiable pour éviter aux patientes d'aller sur internet, un petit fascicule avec des personnes de contact. Une idée proposée a particulièrement retenu notre attention : « *peut-être si on a une plateforme, une anamnèse, c'est-à-dire que chaque jour elle peuvent mettre leur*

point de vue, comment est-ce qu'elles sont, si elles ressentent plus de contractions, si elles ont plus de pertes de sang, ... une anamnèse personnelle, qu'on pose tous les matins aux personnes hospitalisées et qui ne doivent pas être interfacées par quelqu'un d'autre. Par exemple, tous les matins elles peuvent avoir une interface où elles peuvent dire bah voilà heu ce matin j'ai bien dormi etc. 1x /jour qu'elles fassent un peu leur petit journal. »

Les obstétriciens interrogés sont assez divisés sur la question de la volonté des patientes d'être hospitalisées à domicile *« paradoxalement, on va avoir 2 types de personnes qui vont réagir, il y en a qui vont beaucoup aimer et il y en a qui ne vont pas tellement aimer, qui seront plus sécurisées d'être ici à l'hôpital »*. Ils avancent que c'est très dépendant de la patiente et que là où certaines seront ravies de pouvoir rentrer et en font même explicitement la demande *« Sûrement à la maison parce que beaucoup de patientes qui sont en MAP avec des contractions utérines disent mais quand est ce que je pourrai rentrer ? »*, d'autres auront beaucoup de mal à l'accepter car elles seront très anxieuses *« et puis d'autres, qu'on aimerait bien renvoyer à domicile et pour lesquelles c'est parfois difficile de faire accepter qu'en extrahospitalier, elles sont aussi bien qu'ici à l'hôpital »*. Les notions de pression familiale et de représentations sociales sont également avancées : *« malheureusement l'aspect familial est très important aussi... c'est : « mais c'est ton droit d'être à l'hôpital » » « parfois il y a des messages de proches, qui ont culturellement l'idée que quand on a une pathologie, on reste à l'hôpital donc c'est parfois difficile d'aller contre ça. »*

2.2.3 Réflexion sur la nécessité de l'HAD en obstétrique

Ont émergé des entretiens deux points qui ont pour nous le mérite d'être abordés. La première réflexion, porte sur le faible taux d'hospitalisations à domicile *« je ne dis pas que ça n'a pas d'intérêt, mais je pense que le nombre est tellement faible que je pense qu'il y a d'autres priorités que celles-là à mettre en place. »* Deuxièmement, au-delà de la nécessité de mettre en place une HAD en obstétrique, certains gynécologues ont abordé la nécessité de l'hospitalisation des grossesses à risque *« typiquement pour moi la MAP ne doit tout simplement PAS faire l'objet d'une hospitalisation, qu'elle soit à domicile ou à l'hôpital. »* En effet, certains professionnels pointent le fait que beaucoup d'hospitalisations en obstétrique sont en réalité inutiles et sont parfois un excès de prudence *« Et donc, je crois qu'il faut commencer par ne pas hospitaliser les gens pour rien et quand ils doivent sortir, ben ils doivent sortir.... » « [...]surtout dans l'accouchement prématuré, alors qu'on sait que nos traitements sont peu efficaces, c'est surtout le repos et je trouve qu'il y a beaucoup d'hospitalisation pour forcer le repos. C'est plutôt social*

et ça c'est dramatique » Un gynécologue soulève le risque que l'HAD en obstétrique mène à des hospitalisations abusives, sans que cela soit nécessaire : « Donc, ça c'est facile aussi de faire des soins qui ne sont pas nécessaires. C'est pour dire, je fais de l'hospitalisation à domicile, mais en fait, il n'y avait pas de problème... Enfin, je veux dire que c'est... Si on juge que l'hospitalisation ne va pas changer l'évolution de la maladie... Et ça c'est difficile à faire comprendre aux gens... »

2.3 Catégories issues du modèle « The Four-Dimensional Model of Collaboration »

2.3.1 Internalisation :

a) Confiance et interconnaissance entre les professionnels

Tous les gynécologues interviewés sont unanimes sur le fait qu'une collaboration efficace passe par la confiance dans les différents acteurs, mais surtout dans la sage-femme « *c'est primordial d'avoir confiance dans la sage-femme qui va à domicile, et de la connaître aussi!* » « *il faut faire confiance avec son travail... d'où l'intérêt d'avoir une collaboration avec des gens qu'on connaît...* » Comme nous pouvons le lire dans ces verbatims, la confiance en la sage-femme est liée à la connaissance de la personne « *et quand on sait que c'est une qu'on connaît et qu'on a l'habitude de côtoyer, ben, c'est toujours plus facile aussi, même pour l'échange d'informations... et pour la confiance* » et son mode de fonctionnement « *moi je connais mes sages-femmes [...] ben oui je sais bien que si celle-là s'inquiète un peu ben c'est parce que c'est une inquiète et que l'autre si elle s'inquiète je dois m'inquiéter aussi car ce n'est pas une inquiète... voyez!* ». Pour se sentir en sécurité et envisager l'HAD, les obstétriciens ont besoin de faire confiance à la sage-femme qui se rend au domicile et de bien la connaître, cela leur semble indispensable « *[...] mais les sages-femmes, il faut les connaître quoi. Il faut savoir qui est de l'autre côté et en tout cas avoir un contact avec elle quoi. En tout cas ça me paraît être vraiment indispensable* ».

Pour la majorité des professionnels, cette relation de confiance se construit par des rencontres « en face-à-face » lors de réunions, staffs ou formations (de fréquence variable selon les professionnels) « *et je dirais faire des staffs avec la personne-relai et peut-être une fois tous les mois faire des staffs avec les gens qui gravitent tout autour... pour que tout le monde se connaisse* ». Le but est de pouvoir débriefer non pas uniquement sur la pathologie en elle-même, mais également sur les choses qui pourraient être améliorées dans la collaboration « *dans un monde idéal, c'est d'avoir des réunions régulières au moins une fois par trimestre* ».

entre sages-femmes hospitalières et extrahospitalières, et les gynécologues. Ça se serait la meilleure collaboration! et les médecins traitants évidemment. De parler de cas vécus et parler qu'est-ce qu'on peut faire nous, qu'est-ce que vous pouvez faire vous, qu'est-ce que le médecin traitant peut faire etc. C'est comme ça qu'on peut avancer. » Ce point rejoint également l'indicateur « connectivité », où des réunions permettent une remise en question et une réadaptation constante du système mis en place.

b) Confiance en la patiente :

La confiance en la patiente a une place tout aussi importante que la confiance entre professionnels *« mais la surveillance c'est encore une fois en disant qu'on a confiance en la patiente et dire qu'elle va rester tranquille. Parce qu'ici c'est vrai qu'on les a beaucoup sous les yeux. »* En effet, les gynécologues se sentent rassurés lorsqu'ils ont le sentiment que la patiente respectera les consignes données *« bah d'abord il faut la collaboration de la patiente, évidemment ! Et la compréhension de sa pathologie, c'est la compréhension de... « je vous laisse à la maison, mais pour autant faut pas comme si vous étiez... » voilà! Donc, un peu la compréhension de la pathologie et d'avoir la conscience qu'il faut suivre un traitement. »* mais aussi qu'elle sera en mesure de comprendre sa pathologie, de la gérer et d'être alerte sur les signes devant l'inquiéter (et appeler la sage-femme le cas échéant). A contrario, l'incapacité d'autonomie des patientes est vue comme un frein important : *« Voilà, je vois comme ça une patiente que j'ai hospitalisée avec une rupture prématurée de la poche des eaux à 27 SA. Pourquoi pas qu'elle rentre, elle doit pouvoir rentrer avec ce genre de truc. [...]. Elle ne rêvait que d'une chose, c'est de rentrer à la maison, mais même maîtriser ses pertes de liquide elle ne sait pas le faire. Elle ne sait pas dire si elle perd un peu, beaucoup, passionnément, à la folie, pas du tout... elle a oublié ! Alors qu'est-ce que vous voulez faire avec ça à la maison? »*

2.3.2 Gouvernance :

a) Compétences des sages-femmes (indicateur soutien à l'innovation)

En très fort lien avec la confiance, la compétence de la sage-femme qui se rendra à domicile est une source de stress pour les obstétriciens *« les sages-femmes veulent toujours dire oui oui pourquoi pas la faire rentrer à la maison etc.. oui oui pas de souci. Mais est-ce que la sage-femme qui va venir sera compétente ? Est-ce qu'elle a assez de back up, est-ce que c'est quelqu'un qui a de l'expérience au niveau de ces pathologies ? »*, bien que la majorité d'entre eux disent avoir confiance en la capacité de la sage-femme à lire et interpréter un monitoring (

entre autres) « moi heu... jusqu'à preuve du contraire, je leur fais confiance et donc elles font le monitoring, elles sont assez grandes, elles ont été formées. A l'inverse, elles assument aussi leurs responsabilités. Mais si elles ont fait un monitoring, qu'elles estiment qu'il est bon, moi j'ai pas besoin d'avoir un coup de tel pour me dire qu'il est bon ». Nous avons ressenti, à travers les entretiens que le poids du médico-légal et la question de la responsabilité professionnelle sont des pierre angulaires de notre thématique de recherche. Les professionnels aimeraient se sentir en sécurité vis-à-vis de la personne à qui ils confient le suivi de leur patiente « *parce que je n'ai peut-être pas envie de confier non plus à n'importe qui, donc je veux être sûre que, à côté du coût financier, de quelqu'un par exemple que je connais mais qui fait ça de façon privée, voilà.. a la formation adéquate* ». Selon quelques médecins, les jeunes sages-femmes ou celles ayant peu d'expérience du MIC ne sont pas suffisamment compétentes pour ce genre de prise en charge « *Disons, au bout des 4 ans, on les voit ici parce qu'on a des élèves de 4ème année qui passent dans notre service, je suis pas sûre qu'elles soient vraiment tout à fait aptes à suivre une grossesse à haut risque au domicile.* » « *Ça c'est non ! Si elle n'a jamais vu cette pathologie ou si elle l'a vue 1-2-3 x, elle ne sera pas à l'aise, probablement parce que ce sont des choses nouvelles et voilà... c'est personnel hein !* ». Une remarque intéressante a été mentionnée par une gynécologue concernant les sages-femmes exerçant en province du Luxembourg : « *je connais des gens qui habitent dans les Ardennes et qui n'ont pas ces facilités et où les sages-femmes disent on n'a pas l'habitude donc on va pas le faire !* » En effet, il n'y a pas de centre MIC dans la province, elles risquent donc de refuser le suivi par manque de pratique.

Comme solution potentielle, certains ont proposé la mise en place d'une formation complémentaire pour les sages-femmes qui feraient de l'HAD de grossesses à risque, ou des stages supplémentaires « *Je pense, savoir qu'elles ont fait une formation en grossesses à risque pour moi serait déjà.. on a un cours qui s'appelle le CUMP, ça c'est pour moi ce certificat de médecine maternelle et ce serait pour moi important.* » « *je pense que ça pourrait être judicieux de faire un complément à leur formation pour le suivi de grossesse à risque. [...] Peut-être que celles qui se dirigeraient plus vers ce... travail là, pourraient faire un certificat complémentaire à leurs études [...] Ou un stage supplémentaire de 3 mois dans un service de grossesse à risque et/ou accompagner une sage-femme qui fait aussi pendant 3 mois. Parce que c'est vrai que moi je trouve que leur formation est courte.* » De plus, les professionnels aimeraient pouvoir avoir une « liste » des sages-femmes jugées « habilitées » pour réaliser de tels suivis « *heu, il faudrait qu'il y ait quelqu'un, enfin qu'il y ait un moteur de recherche dans ce site-là [« Sages-femmes.be »] en tout cas et qui permettrait d'avoir la liste des sages-femmes libérales qui ont*

vraiment cette formation complémentaire dont on parlait éventuellement et qui soient référencées pour ça et qu'on puisse faire appel à elles de manière aisée ».

b) Structures organisationnelles et aspects financiers (indicateur centralité)

« Le frein majeur il est pas médical ou scientifique. Pour moi le frein majeur pour l'instant il est plus organisationnel. » Les gynécologues sont d'accord pour dire qu'il y a un manque de structure, mais surtout de cadre légal leur permettant d'envisager ce type de prise en charge, ce qui se traduit par un sentiment d'insécurité. *« Il y a de la littérature qui sort sur ces sujets-là... mais tant qu'on n'a pas les structures derrière pour faire de l'HAD, bah heu voilà on ne s'en tracasse pas parce que de toute façon on ne sait pas le faire »* Cependant, au-delà de l'absence actuelle de structure pour l'HAD en obstétrique, les professionnels dénoncent un cadre inexistant de manière générale *« en Belgique il y a autant d'attitudes qu'il y a de gynécologues, malheureusement »* et plus particulièrement des soucis de coordination lors de la réduction des temps de séjour hospitaliers *« le gouvernement a pris comme ça des décisions de raccourcir les durées de séjour, mais on a RIEN mis en place à côté! Et on n'arrête pas d'entendre mais oui mais je suis sorti mais je ne me sentais pas bien! [...], je me suis senti mal à la maison... »*. Le manque de soutien du fédéral lors du lancement du retour précoce en post-partum a également été abordé par les professionnels *« enfin les directives nationales, c'était juste « après 3 jours, elles doivent être parties », après... » « vous parliez de coordination, il n'y en a pas tellement, ça je pense que pour l'instant c'est un peu à chaque hôpital sa tambouille »*

Les obstétriciens mettent également le doigt sur des nécessités organisationnelles importantes et des réorganisations financières pour envisager l'HAD. Selon eux, les sages-femmes indépendantes ne sont pas assez rémunérées : *« travailler comme sage-femme indépendante, ben c'est du bénévolat, grosso modo... ça c'est le problème ! »* et des solutions devraient être apportées *« je pense que c'est la moindre des choses que de veiller à ce que la sage-femme qui vient à la maison suivre la patiente soit correctement rémunérée [...]. Ca c'est vraiment des choix de société à faire de voir si on veut se lancer dans ce genre de chose »*. Là où certains voient l'HAD comme un gain financier, d'autres estiment que l'argent « sauvé » en réduisant les séjours doit être réinjecté en quasi-totalité dans les infrastructures de l'HAD pour que cela fonctionne.

c) Acteurs de coordination (indicateur leadership)

La forme de leadership est aussi parfois un peu floue pour les obstétriciens. Ils disent donner la ligne de conduite, les consignes en terme de surveillance médicale avec des directives claires

et des objectifs précis, mais en pratique, le leadership semble être partagé. Ils expriment leur souhait d'avoir un contact avec une seule personne de référence : la sage-femme *« pour le moment, je ne vois que la sage-femme car, pour moi obstétricien, pour une pathologie obstétricale, c'est elle le lien direct »*. L'échange d'informations et la communication passe exclusivement par elle, puis elle est chargée collecter et de relayer l'information. Par contre, le professionnel qui jouera le rôle de coordination avec les autres services n'est pas toujours le même en fonction des différentes interviews. Certains identifient la sage-femme *« il faut quelqu'un qui coordonne l'extérieur! Moi je ne vois que la sage-femme qui puisse coordonner. [...] Donc le rôle de la sage-femme à mon avis, devra dépasser peut-être son rôle de sage-femme. »* *« Il faudrait que ça passe peut-être plus par la sage-femme libérale qui vient sur place et qui peut aussi évaluer en fonction du domicile comment est installée la patiente, qui pourrait l'aider, dans tel ordre et tel ordre, et contacter les différents intervenants. »*, d'autres pas du tout *« je ne pense pas que c'est mon rôle, mais je ne pense pas que c'est le rôle de la sage-femme non plus, elle a d'autres choses à faire [...] C'est plus des intervenants sociaux que médicaux à ce moment-là quand même. »* Un obstétricien a apporté un avis intéressant sur la coordination purement médicale, qui impliquerait une réorganisation hospitalière importante : *« Maintenant, ça c'est un avis personnel, mais on est dans un petit pays où chacun veut faire tout et où il y a des services qui ne sont théoriquement pas agréés pour faire du suivi de GAR mais qui le font. [...] C'est de ce côté-là qu'il y a des choses à changer avant tout. Donc je pense, oui, je pense... bon là je prêche pour ma chapelle, mais que les services MIC, il n'y en a pas 36 devraient alors devenir potentiellement les chefs d'orchestre de ce genre de trucs. »* *« On est dans un modèle de réseaux hospitaliers et je pense quand même qu'à ce moment-là, l'épicentre doit être du côté des MIC adossés à des NIC. Donc je pense que la coordination c'est là qu'elle doit se trouver. Mais elle ne doit pas être exclusivement médicale. Dans nos équipes on a aussi des sages-femmes donc on pourrait très bien avoir par exemple une sage-femme dans l'équipe dont le rôle est d'avoir une vue d'ensemble sur les patientes qui ont un suivi à domicile, et qui est en communication privilégiée avec les sages-femmes qui font du domicile [...] »*

d) Secteur d'activité des sages-femmes (indicateur connectivité)

Lorsque la question de l'interconnaissance et de la confiance était abordée, le fait de travailler avec des sages-femmes exclusivement libérales ou des sages-femmes qui ont aussi une activité dans leur service de MIC est un sujet qui a fait débat. Dans les institutions dans lesquelles les entretiens ont été menés, certaines sages-femmes salariées avaient une activité d'indépendante

complémentaire. Dans ce cas de figure, la collaboration est jugée beaucoup plus aisée et généralement préférée par les gynécologues « *C'est vrai que c'est plus facile pour nous quand ce sont nos infirmières de la maison qui vont au domicile que quand c'est des libérales parce que on les connaît et puis les informations reviennent* » « *elles savent très bien où me trouver, donc c'est ça évidemment l'avantage d'avoir des sages-femmes de la maison, parce qu'elles connaissent très bien, savent très bien où me trouver, il y a Omnipro, il y a le bip quand je.. enfin voilà ! Aucun problème de contact* ». De plus, le fait de pouvoir discuter avec leurs collègues leur permet d'obtenir des informations plus subjectives sur l'état de santé de leur patiente et cela les rassure. Cependant, deux professionnels interrogés ne sont pas en accord avec cela et pensent au contraire que cette « mixité » des fonctions au sein d'un même service est délétère car elle crée de la concurrence et une mauvaise ambiance au sein du service hospitalier « *les sages-femmes qui sont sorties en privé sont jalousées par les sage-femme hospitalières. Donc la collaboration ne se fait pas malheureusement. [...] les sages-femmes qui sont hospitalières ne peuvent pas faire les deux, pour moi c'est pas possible. Parce que ça ne se passera pas bien avec ses collègues.* » Même si la majorité des obstétriciens estiment qu'il est plus confortable de travailler avec des sages-femmes de leur service, ils insistent cependant sur le fait que ces dernières devraient rester indépendantes complémentaires. En effet, un modèle où ce sont les sages-femmes salariées qui font du domicile pourrait amener quelques difficultés dans la collaboration interprofessionnelle, par la « concurrence » qu'il peut exister entre les milieux intra et extrahospitalier dans le cadre de l'HAD : « *il y a aussi un point de vue humain... [...] les sages-femmes libérales, qui travaillent de façon très proches avec un médecin traitant et dans un même cabinet et qui disent "ben oui, mais vous arrivez avec vos gros sabots de l'hosto, avec vos bagnoles et vos trucs, vous venez voir les patientes, mais Mme elle a une sage-femme! Moi je l'ai vue pendant la grossesse, je pourrais faire ça tout aussi bien que vous!" Et donc, en plus ça créer des tensions...* » « *Quand l'hôpital sort c'est pas facile pour l'hôpital et je pense que le milieu extra hospitalier ne voit pas non plus d'un bon œil que l'hôpital arrive "avec ses gros sabots" en ville.... Parce qu'il y a des avantages de la structure hospitalière : ce sont des infirmières salariées, on a plus de monde pour le faire [...]* ». A ce niveau, des manquements dans la coordination des soins entre les organisations dans le cadre du retour précoce ont été pointés du doigt par certains gynécologues. « *Maintenant, pour prendre un exemple très concret, ici dans l'hôpital il y a des visites de sages-femmes en post-natal à domicile, mais qui sont limitées à 2 passages, ce qui n'est quand même pas non plus très large s'il y a des problèmes d'allaitement maternel, un bébé de petit poids.. [...] A tel point que quand on sait que ça risque d'être plus compliqué, on en arrive à dire aux gens « non ne*

prenez pas ce suivi-là, appelez une sage-femme indépendante ». De 1 on sait d'avance que deux passages ça sera pas suffisant, de 2 c'est pas très correct pour l'indépendante parce que il y a des questions d'honoraires là derrière. Le premier passage est mieux rémunéré que les suivants. Donc ce serait un peu moche que l'hôpital vienne toucher le bon honoraire et puis quand c'est un peu la galère, elles soient moins bien rémunérées... oui ben rien que ça, c'est un exemple du fait que ce soit un peu bancal. »

2.3.3 Formalisation :

a) Question de la responsabilité professionnelle (indicateur outils de formalisation)

Nous l'avons déjà mentionné, la responsabilité pose question : *« et alors, il y a toujours le problème de la responsabilité médico-légale et ça, qui va être responsable s'il y a un problème? Pour certains, ils restent responsables de par leur qualité de médecin « c'est toujours la responsabilité du médecin de la patiente, c'est lui qui accepte l'HAD donc c'est lui le référent donc heu... », pour d'autres, c'est la sage-femme qui devrait supporter la responsabilité médico-légale « donc théoriquement, moi si j'ai pas vu la patiente je ne suis pas responsable. Mais est-ce que les sages-femmes vont accepter de prendre la responsabilité ? »* Ce manque de clarté est très inconfortable, ce qui peut pousser les gynécologues à maintenir leurs patientes à l'hôpital *« donc il y a tout ce côté-là aussi qui fait qu'effectivement parfois ben on est plus à l'aise d'hospitaliser parce qu'on a un meilleur contrôle »*. Ils sont également réticents à recevoir de manière systématique les résultats des examens réalisés à domicile *« ça ne sert à rien de nous envoyer des monitos 15 fois par jour.. parce que ça, ça implique une espèce de responsabilité qui est très dure à avoir pour nous car on a juste un tracé de monitoring et on n'a pas toute la suite de l'histoire. »*. Ainsi ils préfèrent être contactés uniquement en cas de doute de la sage-femme. Il est également fait mention d'un manque de directives claires, de cadre légal et de réponses sur le plan des responsabilités professionnelles *« donc est-ce que c'est vraiment, à partir du moment où on est relié, par exemple, à un monitoring qui serait placé à la maison, on pourrait l'avoir, est-ce qu'on doit être responsable médicalement ? » « Bon maintenant c'est.. individuellement comme médecin, aller faire ça, c'est compliqué. Parce que quelque part on délègue notre responsabilité alors qu'on n'a pas de cadre pour le faire. »* De plus, le manque d'uniformisation des pratiques en obstétrique et l'absence de guidelines officielles contribue au maintien de l'incertitude des médecins face à l'HAD *« Et donc, on est face à des données scientifique où on ne vous dit pas c'est blanc ou noir. On vous dit c'est un niveaux de preuve pour dire que peut-être c'est bien de rester à l'hôpital ou peut-être on a le droit d'en sortir... »*

bon c'est sûr qu'à ce moment-là c'est compliqué et qu'il y a toujours cette notion de responsabilité qu'on prend qui est compliquée ».

Pour se sentir en sécurité, les obstétriciens demandent plus de structures légales, plus de « cadre » et de directives uniformisées *« on serait dans un projet pilote en disant ben tiens voilà on a une équipe ambulatoire de sages-femmes dans une région qui vont voir les patientes au domicile et on fait une réunion régulière, on a une hot ligne où elles savent nous contacter pour poser des questions ou quoi, moi ne n'y suis pas du tout contraire. »* Les solutions avancées comprennent une liste des pathologies pouvant éventuellement faire l'objet d'une HAD et une uniformisation des pratiques *« d'abord que ce soit pas des initiatives individuelles. Que ça fasse partie d'une réflexion globale, en disant ben voilà, il y a un consensus pour dire que telle pathologie dans tel cadre (bon maintenant, le but est pas de mettre des trucs excessivement rigides), mais peuvent faire l'objet d'une PEC à domicile. »*. Les professionnels demandent des trajets de soins et des guidelines clairs pour ne pas avoir à gérer seuls tous les aspects de l'HAD *« en fait, le problème de la Belgique, au sens large du terme, c'est que c'est un non-pays [...]. C'est « débrouillez-vous et si ça marche on prend votre modèle ». Alors que c'est l'inverse qui devrait se produire ! [...]. Ça devrait venir du haut évidemment ! Si vous voulez vraiment faire des soins hospitaliers intelligents, faut dire voilà, dans la province du Luxembourg il faut CA, en province de Namur, il faut CA.... »*.

b) Communication interprofessionnelle (indicateur échanges d'informations)

Une communication fluide avec la sage-femme est identifiée par tous les gynécologues comme indispensable pour envisager une HAD *« il faut que la communication soit optimale »*. Ils ne ressentent cependant pas le besoin d'une communication constante, mais justifiée *« mais si elles ont fait un monito, qu'elles estiment qu'il est bon, moi j'ai pas besoin d'avoir un coup de tel pour me dire qu'il est bon. Si elles ont des questions et si elles ont des choses qui leur conviennent pas et si elles sont inquiètes et voilà, faut pas hésiter à donner un coup de fil... »*.

La communication est souvent identifiée comme allant au-delà des informations purement médicales *« il faut qu'on puisse en cas de besoin avoir accès aux informations, médicales et aussi un petit peu pas que de l'objectif médical mais surtout du subjectif, c'est à dire "madame se sent bien" "tout va bien, elle est à l'aise, elle a réussi à organiser tout pour ces enfants ce mercredi après-midi" [...]. »*. A l'heure actuelle, pour communiquer, les professionnels entre eux utilisent principalement des technologies existantes non médicales *« on peut se débrouiller avec des WhatsApp, les technologies non médicales nous permettent heu... moi j'ai des sages-*

femmes qui m'envoient des monitos par WhatsApp et je dis ok ou pas ok. » et beaucoup le téléphone. D'autres y sont totalement opposés car ils estiment qu'un simple cliché n'est pas représentatif de l'état de la patiente, que la photo reçue est ininterprétable et les met en mauvaise posture d'un point de vue médico-légal (voir point 3.1). Même au sein même des organisations, il semblerait qu'il est parfois difficile d'obtenir des informations *« Pour les patientes qui sont en séroconversion CMV, toxo, les échographies quand il faut faire un contrôle chez X-Y-Z, on n'a pas de rapport, pas de monito, on n'a pas ça, on n'a pas ça.... On passe notre temps au téléphone, du temps perdu on n'a pas que ça à faire »*. Le Réseau Santé Wallon a été mentionné à plusieurs reprises, mais les avis sont très mitigés (tantôt utile tantôt incomplet). De plus, les paramédicaux n'y ont pas accès.

L'outil informatique est cité à de très nombreuses reprises comme étant l'outil de prédilection pour améliorer la communication entre les intervenants. Les professionnels se sentiraient en sécurité avec une interface permettant un échange de données (objectives et subjectives) en instantané afin que tous les intervenants puisse avoir accès à l'information en temps réel *« des monitorings auxquels on a accès visuellement si on le souhaite, une plateforme qui fasse le tout, idem pour les biologies.[...]. D'avoir une plateforme d'échange d'images, de photos et de vidéos facile et rapide pour dire « heu je ne sais vous expliquer moi, elle a un rash sur le visage après l'Adalat heu est ce que je peux continuer ou non ? » ben voilà tu fais une vidéo, tu l'envoies vite et si le médecin ne sait pas se déplacer au moins.... Je trouve que par vidéo il y a déjà moyen de faire beaucoup de choses. »*. Cette notion de disponibilité instantanée de l'information est très présente dans les interviews. Ils imaginent un outil facilement accessible par tous les intervenants. Idéalement, les gynécologues ne voudraient pas d'un logiciel en plus, différent de ce avec quoi ils travaillent déjà car cela fait une charge supplémentaire et rend les informations disparates et difficiles à collecter *« Mais il faudrait quand même que de notre logiciel hospitalier, ça existe, qu'il y ait des connecteurs pour aller après vers des logiciel ambulatoires, mais que ça ne demande pas d'aller vers un autre outil ! Que les choses soient fluides, que l'info soit au milieu du terrain, balle au centre et que chacun puisse aller injecter l'info, la consulter dans son outil à lui ! faut que ce soit facile. Et je suis persuadé que ça peut l'être. »* Les obstétriciens souhaiteraient également avoir un accès facile aux informations plus « logistiques » qui entourent la patiente, comme un listing avec tous les intervenants pour chaque patiente et un numéro de contact actualisé pour pouvoir joindre facilement les différents intervenants. Certains souhaiteraient une intervention de l'État belge afin d'imposer un logiciel unique à toute la Wallonie. *« Hey ben... tout le monde travaille sur exactement le même dossier*

médical! [...]que le gouvernement wallon ou fédéral trouve un dossier médical, qu'ils paient eux-mêmes cher et vilain et qui est pratique pour tout le monde et implémentable partout et puis après tout le monde s'en sert. ». Deux gynécologues ont mentionné également des contacts téléphoniques réguliers directement avec les patientes.

2.3.4 Buts et vision partagés

a) Intérêts des professionnels (indicateur orientation centrée sur le patient)

Le bien-être de la patiente et ses intérêts ont été mentionnés dans les différents entretiens comme étant le but à atteindre *« Il faut que ça reste l'objectif principal, c'est qu'elles soient bien »*. Cependant, certaines remarques apportées par les professionnels nous laissent penser que les intérêts de la patiente ne sont pas toujours les seuls à être pris en compte *« je pense que le problème de la Belgique, c'est que chacun garde ses patientes, vous voyez ? Chacun aime bien avoir SES patientes. »*. Comme nous pouvons le lire, un problème plus « culturel » a également été mis en avant : la privatisation des soins *« traditionnellement, l'obstétricien belge francophone moyen, il va voir sa patiente comme une propriété privée »*. Les intérêts personnels priment, ce qui peut présenter un frein important à la collaboration professionnelle *« et donc de ce côté-là, il est quand même probable qu'il y ait des réticences à lâcher du lest [...] Alors est ce que quelque part, du côté de certains obstétriciens, se mettre en « danger » qu'il y ait de discours discordants d'autres intervenants... probablement qu'il y aurait des réticences. »*. Un point d'attention particulier sur les intérêts personnels des sages-femmes a également été soulevé : *Mais maintenant elles [les sages-femmes] s'installent un peu partout... elles vont avoir très faim! [...]Donc si on veut faire qqch de juste et d'intelligent, il faut ben... que l'on fasse quelque chose qui corresponde aux besoins de la patiente et non pas aux besoins de la sage-femme qui va avoir faim! mais envisager des choses, oui »*

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION

Comme dans nos analyses respectives, notre discussion sera composée de deux chapitres. Le premier concerne le travail exploratoire réalisé sur les représentations des professionnels interrogés vis-à-vis de l'hospitalisation à domicile. Le deuxième chapitre s'intéresse aux différentes dimensions de la collaboration interprofessionnelle. Dans cette discussion nous allons confronter les points de vue des gynécologues et des sages-femmes et les mettre en nuance en évoquant les notions mentionnées spécifiquement par l'une ou l'autre des professions.

1 Travail exploratoire sur l'idée des hospitalisations à domicile

Nos résultats montrent que les perceptions qu'ont les gynécologues-obstétriciens du concept de l'HAD sont proches de celles explicitées dans notre cadre théorique, bien que certains aient émis des réserves quant à l'implémentation de la définition théorique dans la réalité du terrain belge. Pour les sages-femmes cependant, le concept est plus flou. En effet, elles sont habituées à réaliser des suivis de grossesses à risque au domicile des patientes, sans pour autant que ces suivis correspondent aux critères avancés dans la définition de l'HAD. Nous avons pu mettre en évidence une certaine ambiguïté entre ce qu'elles font actuellement et l'HAD telle que définie. Un amalgame entre leur pratique actuelle et l'HAD est ressorti des entretiens, puisque le suivi « classique » à domicile de patientes n'ayant plus besoin d'être hospitalisées est parfois assimilé, dans les discours, à de l'HAD. Cette constatation n'a pas été faite lors de l'analyse des entretiens avec les gynécologues. Trouver certaines disparités dans les représentations n'est pas étonnant car, comme cela a été mentionné par Caplan *et al.* (2012), le terme HAD est utilisé dans différentes études sans pour autant renfermer les mêmes significations, ce qui peut mener à une certaine confusion. De plus, les sages-femmes ont émis des réserves sur la terminologie employée. Le terme « HAD » prête selon elle à confusion de par l'opposition des termes « hospitalisation » et « domicile ». Cette même constatation a été faite par une gynécologue, mais n'a pas été mentionnée par ses autres confrères.

Bien que cette remarque sur l'antinomie des termes puisse sembler évidente de prime abord, elle est expliquée par la définition même du concept. En effet, rappelons que la CSD de Belgique définit l'HAD comme une *prise en charge globale du patient à domicile 24h/24* et la HAS comme *des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés, différenciés de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes* (HAS, 2019).

Dès lors, il semble que le terme « hospitalisation » retrouvé dans la nomination du concept ne fasse en réalité pas référence au lieu de la prise en charge, mais bien au cadre sécurisant, à la fréquence et l'intensité du suivi et donc à la forme protectrice de la prise en charge.

Un consensus unanime est établi entre les professionnels intra et extra hospitaliers sur le fait que l'établissement d'une liste de pathologies pouvant faire l'objet d'une HAD pose difficulté. Toute pathologie doit faire l'objet d'une réflexion au cas par cas. En effet, les professionnels se basent aussi sur d'autres critères que la pathologie à proprement parler, tels que le nombre de semaines de grossesse, le caractère stable ou non de la pathologie, la présence de cofacteurs (pathologies chroniques (physiques et psychiques) pré-existantes, situation sociale et familiale, déterminants de santé), la sévérité actuelle ainsi que les facteurs psychosociaux. L'importance de la prise en considération de ces facteurs mentionnée par les professionnels rejoint ce qui est évoqué par le GGOLFB (2017) et Siegal (2018). Nous pouvons noter que, si elle est stable, la MAP est une pathologie qui revient de manière systématique dans tous les entretiens menés, ce qui correspond à ce que nous avons pu mettre en évidence dans notre cadre théorique. Nous mettons ici un point d'attention sur une petite différence observée entre les dires des professionnels et ce qui a été exprimé dans la théorie présentée. En effet, selon Fabry *et al.* (2012), des pathologies instables pourraient être prises en charge dans le cadre de l'HAD alors que dans nos études, les professionnels insistent sur l'importance de la stabilité de la pathologie pour une prise en charge à domicile. Une théorie explicative serait que, dans le cadre précis de l'obstétrique, une situation instable peut décompenser de manière très soudaine et avoir presque instantanément des conséquences fatales pour la santé de la mère et de l'enfant. De plus, les situations d'extrême urgence en obstétrique demandent du matériel spécifique non disponible à domicile. Le caractère de la stabilité est donc essentiel.

Lors des entretiens, nous avons pu constater un questionnement concernant la prise en charge de la rupture de la poche des eaux parmi les gynécologues. En effet, ils disent ne pas avoir d'avis clair de la part des autorités sur la question et indiquent qu'il y a « deux écoles » à ce sujet et qu'ils ne savent pas réellement quelles recommandations doivent être suivies. Ils envisagent majoritairement une prise en charge à domicile mais se sont montrés plus réservés sur le sujet. Ce questionnement n'est pas intervenu du côté des sages-femmes car l'HAD est un acte prescrit et ce n'est pas leur responsabilité de déterminer les pathologies qui seront ou non prises en charge à domicile bien qu'elles puissent donner leur avis sur le sujet.

Les sages-femmes et les gynécologues sont en accord avec de nombreux bénéfices apportés par l'HAD pour les patientes et leur famille (réduction du stress, environnement familial,...), nous ne attarderons pas sur ces points. Tout comme pour l'amélioration du bien-être de la patiente, un consensus interprofessionnel est clairement établi sur le fait que l'HAD contribue à une réduction du stress et les praticiens mettent en avant que cette réduction est jugée positive pour l'évolution favorable de la grossesse. Cet argument avancé par les différents professionnels rejoint ce qui avait été mentionné par Venditteli & Lachcar (2002). Le bien-être du patient, la réduction des risques d'infections nosocomiales ainsi que la réduction des coûts, mentionnés à de nombreuses reprises par les professionnels des deux secteurs, sont effectivement des éléments invoqués en faveur de l'HAD par Seaton & Barr (2013).

Les sages-femmes et les gynécologues s'accordent sur l'intérêt de privilégier le bien-être de la patiente. Cependant, lors de nos entretiens, nous avons pu constater que leurs intérêts personnels peuvent aussi entrer en ligne de compte. En effet, plusieurs gynécologues ont évoqué un problème plus culturel : la privatisation des soins et la volonté pour les médecins de continuer à voir leurs patientes comme une « propriété privée » et ne pas partager le leadership avec d'autres professionnels. Outre les intérêts de la patiente qui sont, dans ce cas-là mis de côté, cette privatisation culturelle des soins peut être un obstacle important à la collaboration interprofessionnelle.

Comme cela avait été mis en évidence dans notre théorie, les docteurs Epiney & Vial (2009), rappellent que les pratiques médicales, paramédicales ou sociales doivent être coordonnées et faire lien avec les futurs parents pour tisser une relation de confiance. Lors de nos entretiens, nous avons pu remarquer que cet aspect était largement mentionné par les sages-femmes qui voient dans l'HAD une opportunité de personnaliser le suivi et d'établir un lien de confiance. Cependant, nous n'avons pas ressenti cette spécificité de la part du corps médical dans nos entretiens, pour qui les avantages mentionnés tournent autour de la patiente individuellement et l'impact sur sa pathologie.

Cependant, même si les professionnels ont mis en évidence des avantages, ils s'accordent aussi à dire que cela doit être réfléchi et mentionnent certaines craintes comme vous avez pu le lire dans nos analyses respectives. La notion sur laquelle tant les gynécologues que les sages-femmes ont insisté concerne la notion d'accessibilité, que ce soit pour la patiente vers la structure hospitalière ou pour les professionnels se déplaçant vers le domicile. Dès lors, la distance géographique mais aussi les conditions climatiques pouvant rendre les déplacements

difficiles sont des éléments qui doivent être largement considérées lorsque l'hospitalisation à domicile est envisagée. Cette notion est particulièrement mentionnée par les sages-femmes de la région du Luxembourg qui ressentent ces distances et l'isolement qui en résulte comme une réelle contrainte. Cependant, les gynécologues travaillant au sein de la région namuroise ou bruxelloise ont mentionné que, même si les distances à parcourir étaient moindre que dans la région du Luxembourg, la densité de la circulation pouvait aussi restreindre l'accessibilité. Ce potentiel frein n'a par ailleurs pas été mentionné par les sages-femmes de ces régions respectives.

Certains gynécologues ont mentionné comme crainte le manque de personnel dans certaines régions, ce qui a été aussi évoqué par les sages-femmes réalisant les suivis des grossesses à risque à domicile. Elles ont d'ailleurs insisté sur le fait que si cela se développait, le nombre de sages-femmes suivant des grossesses à risque devrait être augmenté ainsi que le développement de groupement de sages-femmes surtout dans la région du Luxembourg où elles se disent plus isolées que celles de la région du Namur ou de Bruxelles. Ces sages-femmes mentionnent que même si pour les retours précoces à domicile les choses ont fortement bougé, le suivi des grossesses à risque mettrait beaucoup plus de temps à se mettre en place que dans d'autres régions de Belgique. Nous aimerions relier cette propre analyse de leur profession à une forme de voie de professionnalisation, que Richard Wittorski appelle la « logique de la réflexion pour l'action ». En effet, les sages-femmes anticipent une situation future et envisagent de nouvelles façons de faire dans l'intention d'être plus efficaces au travail. Il s'agit d'une réflexion anticipatrice de changement quant à l'action (Wittorski, R as cited Barbier *et al.* (2009)).

L'opposition des verbatims entre les sages-femmes qui expriment un isolement manifeste en province de Luxembourg et les dires des gynécologues de cette même zone qui indiquent un développement important du nombre de sages-femmes indépendantes nous a également interpellé lors de l'analyse de nos résultats. Une piste à explorer pour fournir une explication serait que les gynécologues observent une augmentation du nombre de sages-femmes ayant une activité indépendante, mais ne prennent pas forcément en compte le fait que toutes ne réalisent pas de suivi de grossesse à risque.

Les sages-femmes sont en adéquation avec les souhaits des gynécologues d'être tout le temps joignables, réactives et de pouvoir organiser des gardes. La plupart sont d'ailleurs déjà disponibles 7J/7 et des systèmes de gardes existent déjà dans la région de Namur. Encore une fois, les sages-femmes expriment que pour que cela soit viable pour elles, le réseau de sages-

femmes doit être encore plus développé. De plus, leur rémunération est mentionnée comme un point sensible. Elles ne remettent pas en cause la nécessité de leur grande disponibilité mais elles souhaiteraient un remaniement financier tant au niveau salarial qu'au niveau des aides matérielles. Lors de nos entretiens, nous avons ressenti que les gynécologues avaient conscience des difficultés financières rencontrées par les sages-femmes indépendantes et mentionnent qu'un réaménagement du paysage dans ce sens serait souhaitable. Ils prennent cependant beaucoup de recul car disent n'avoir aucun pouvoir là-dessus.

Lors de nos entretiens, nous avons l'impression que les sages-femmes ne ressentaient pas de stress vis-à-vis de la probabilité de devoir gérer des situations d'extrême urgence. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'elles font confiance au tri préalablement fait par les gynécologues, qui prennent en compte des facteurs autres que purement physiopathologiques. Par contre, cette notion de gestion de l'extrême urgence est omniprésente dans les discours des obstétriciens, qui émettent des réserves sur l'HAD pour la difficulté que peuvent représenter la gestion de l'urgence et la temporalité de la prise en charge par des services adaptés. Ils proposent d'ailleurs la mise en place de services d'ambulances qui se tiendraient prêtes à intervenir en cas de besoin, ou encore l'établissement d'un code de degré d'urgence commun, afin que l'information soit correctement transmise au personnel hospitalier.

Nous avons, quoi qu'il en soit, ressenti une crainte générale des professionnels concernant ce type de prise en charge, de par le flou qui existe dans le partage de la responsabilité médico-légale. Cette notion sera plus largement abordée dans la seconde partie de cette discussion.

Alors que les sages-femmes identifiaient systématiquement quatre grandes catégories de professionnels ayant un rôle à jouer dans l'HAD ; les médicaux, les paramédicaux, les supports sociaux et les services hôtellerie; ceux-ci devront être adaptés aux volontés des patientes. Ces catégories d'acteurs sont d'ailleurs celles mentionnées par la FCSD (2017). Les gynécologues expriment moins ce besoin de supports sociaux et d'hôtellerie mais avaient tendance à l'approuver lorsque cette idée leur était soumise. Cela rejoint d'ailleurs l'analyse précédente établie sur les différences de priorisation entre les gynécologues et sages-femmes concernant la prise en charge des patientes à domicile. En effet, alors que les gynécologues ont tendance à s'axer sur la gestion de la pathologie et des cas d'urgence, les sages-femmes quant à elles s'axent davantage sur le contexte environnemental et familial de leur patiente.

Les professionnels craignent néanmoins la difficulté de déplacements de certains de ces acteurs à domicile et cela constitue d'ailleurs un frein à la mise en place actuelle des HAD.

Une autre contradiction que nous avons pu mettre en lumière concerne le rôle du médecin généraliste dans l'HAD. En effet, les gynécologues le considèrent généralement comme un acteur central, indispensable voire même comme le coordinateur HAD pour certains (bien qu'ils soient conscients que la collaboration est parfois compliquée car redoutée par le généraliste). Le KCE, dans son rapport, partage tout à fait cet avis puisque les médecins généralistes sont considérés comme des acteurs clés. Cette vision n'est cependant pas partagée par les sages-femmes, qui le voient plus comme un support ponctuel en cas de nécessité de prescription médicamenteuse, par exemple, mais pas comme un acteur prépondérant dans ce qui relève du domaine purement obstétrical. De plus, prescrivant certains médicaments, elles aimeraient que leur liste soit repensée. Bien que certains obstétriciens identifient le médecin généraliste comme agent de coordination, la majorité d'entre-eux identifient plutôt la sage-femme comme étant la détentrice de prédilection de ce rôle. Certains mentionnent d'ailleurs que son rôle devrait *dépasser son rôle initial de sage-femme*, ce qui nous ramène au concept de professionnalisation du métier de sage-femme par l'augmentation de ses responsabilités.

La patiente est elle aussi considérée comme un acteur incontournable. Les gynécologues mentionnent l'importance que ces patientes aient une information claire, pertinente sur leur pathologie afin qu'elles puissent être attentives aux signes d'alerte. Les sages-femmes expriment que certes, des informations doivent être données mais qu'il est important de partir des connaissances de ces dernières et de favoriser l'empowerment.

Lorsque nous avons abordé avec les professionnels la question des déterminants de santé, plusieurs éléments nous ont fait réagir. Tout d'abord, nous avons été interpellées par la notion de « droit » à recevoir des soins hospitaliers. En effet, les professionnels mentionnent que certaines patientes (ou leur famille) ne s'imaginent pas être suivies à domicile car les soins en structure hospitalière sont vus comme un service dont on peut bénéficier, d'un droit. Nous avons également pu entendre une difficulté de la part des familles des patientes à accepter que la prise en charge a évolué et n'est plus la même qu'il y a 20 ou 25 ans. En province du Luxembourg, cette notion a été plus évoquée que dans les deux autres régions ciblées. Les sages-femmes indiquent cependant que dans certaines cultures, la globalité du suivi de la grossesse est perçue comme plus favorable au domicile qu'à l'hôpital. Par contre pour d'autres, cela n'est pas envisageable. A noter que lorsqu'il s'agit du suivi en post-partum, un changement est perçu par les sages-femmes dans la représentation des mamans vis-à-vis de l'hôpital. En effet, là où une médicalisation de la grossesse est demandée par les patientes, une volonté de non médicalisation

ainsi qu'un retour rapide à domicile est par contre souvent souhaité après la naissance de l'enfant.

Nous avons pu constater lors de nos entretiens que les professionnels (surtout ceux ayant beaucoup d'années d'ancienneté) évoquent un sens du travail différent d'avant aux yeux des femmes enceintes. La maternité est une spécificité biologique propre à la femme et cette dernière peut se sentir « coupable » de ne pas pouvoir assumer ce rôle. Les professionnels de santé expriment d'ailleurs clairement que les patientes qu'ils suivent ont des difficultés à se détacher des tâches familiales quotidiennes (s'occuper des enfants, tâches ménagères,...). De plus, les femmes combinent souvent carrière professionnelle et vie familiale et conçoivent plus difficilement de devoir se ménager durant leur grossesse. En effet, nous ne devons pas oublier que l'accès à certains postes professionnels peut être limitant pour les femmes notamment dû à cette spécificité biologique qu'est la maternité. Ainsi, certaines femmes, dans certaines fonctions, ne se laissent pas la possibilité de prendre le temps nécessaire pour prendre soin d'elles et de leur futur bébé. Dès lors, certains gynécologues mentionnent que certaines patientes demandent une HAD pour pouvoir rester active professionnellement et familialement, ce qui pousse justement les praticiens à hospitaliser (en structure hospitalière) les patientes ayant spécifiquement ces profils. Ils parlent d'ailleurs d'hospitalisation « protectrice ». Les sages-femmes sont d'accord avec cette notion mais mentionnent la volonté de contrer ce problème par un renforcement de l'empowerment des patientes et de la mise en place des aides sus-mentionnées, plutôt que par une hospitalisation en structure hospitalière. De plus, elles soulignent l'importance, au cours de l'anamnèse, de voir si un partenaire est présent et enclin à aider sa conjointe. D'un autre côté, les sages-femmes mentionnent que pour les patientes vivant dans un environnement inadéquat (insalubrité, infrastructure non adaptée, famille non soutenante, absence d'aidants proches) malgré les aides qui peuvent être mises en place, l'hospitalisation dite « sociale » s'avère nécessaire et doit pouvoir rester une option. Cela est confirmé par les gynécologues qui indiquent clairement vouloir conserver leur droit à pouvoir hospitaliser en intra-hospitalier des patientes sur base de critères sociaux ou économiques. Ces notions évoquées par les professionnels rejoignent ce qui est mentionné par l'Algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en HAD présenté par l'HAS (France) ainsi que l'arbre décisionnel présenté dans l'OPAT et utilisé au Royaume-Uni.

Toutes ces considérations nous amènent à vous présenter une réflexion menée par certains médecins. En effet, la nécessité d'hospitaliser en obstétrique, que ce soit à l'hôpital ou à domicile a été discutée à plusieurs reprises, ainsi que le fait que la sur-médicalisation de la

grossesse menait à des hospitalisations abusives non nécessaires médicalement parlant. Ils ouvrent la réflexion en se demandant si l'HAD n'aurait pas pour effet d'augmenter ce phénomène en proposant des hospitalisations à domicile alors que la patiente aurait pu rentrer chez elle avec un simple suivi ponctuel. Certains appellent à plus de réflexion sur la nécessité d'hospitaliser que ce soit en structure hospitalière ou à domicile.

2 Collaboration interprofessionnelle

La collaboration interprofessionnelle passe par de nombreux indicateurs comme évoqué dans le modèle de D'Amour *et al.* (2008).

Nos résultats montrent que l'interconnaissance mutuelle ainsi que la confiance sont des dimensions jugées essentielles par les professionnels interviewés. Tout d'abord, les sages-femmes évoquent qu'une fois que les gynécologues les connaissent personnellement ainsi que leur mode de fonctionnement, la collaboration professionnelle est plus aisée. Cela est corroboré par notre ressenti puisque nous avons le sentiment lors des entretiens réalisés avec de jeunes sages-femmes que la collaboration était plus difficile à amorcer. Il semble que l'ancienneté de la sage-femme serait en corrélation avec le niveau de confiance inter mutuel. Or, un lien de confiance moins « solide », risque de mener à une collaboration moins fluide. En effet, D'Amour *et al.* (2008) exprime que le fait de ne pas avoir confiance en l'autre place le professionnel dans une position de vulnérabilité et le pousse à maintenir le patient sous sa propre responsabilité autant que possible afin d'éviter la collaboration. Cette analyse de D'Amour *et al.* nous rappelle que le gynécologue reste souverain de la décision d'HAD et que, par conséquent, nous le voyons encore ici, la confiance est la clé de voûte du lancement de ce mode de prise en charge. Nous ressentons aussi que le lien de confiance doit dès lors être plus fortement ressenti du côté des gynécologues envers les sages-femmes que du sens des sages-femmes vers les gynécologues. En effet, il apparaît que la notion de responsabilité professionnelle, déjà évoquée précédemment, peut expliquer en quoi la confiance leur semble tellement importante. Le gynécologue délègue en quelque sorte sa responsabilité aux sages-femmes et il est aisé de comprendre qu'en l'absence de confiance, le risque est estimé trop important pour eux. En lien avec cette notion de confiance, aborder la question des compétences semble pertinent. En effet, nous avons pu remarquer dans notre analyse que du côté des médecins, les compétences de la sage-femme est une thématique sujette à une certaine ambivalence. Bien qu'ils disent faire confiance en les capacités de la sage-femme, parfois dans les entretiens nous avons pu ressentir une forme de méfiance vis-à-vis de ces dernières, tout

particulièrement envers les jeunes sages-femmes ayant peu d'expérience dans les GHR ou celles exerçant en province du Luxembourg (car pas de MIC dans cette région, donc peu de pratique et d'expérience dans le domaine). Il est intéressant de noter que les sages-femmes, quant à elles, mentionnent que si elles réalisent ce type de prise en charge, c'est parce qu'elles-mêmes se sentent compétentes pour le faire, cette question ne se pose donc pas à leurs yeux. Cependant, elles mentionnent que pour certaines de leurs collègues qui ont moins confiance en leurs capacités, cette pression que représente la responsabilité professionnelle peut être une des causes de réticence à réaliser le suivi des patientes ayant une grossesse à risque à domicile.

Pour se sentir plus rassurés vis-à-vis des compétences et connaissances des sages-femmes dans le suivi des GAR, certains gynécologues proposent d'une part une forme « d'agrément » complémentaire avec une formation spécifique pour les sages-femmes qui envisagent de faire du suivi de GAR à domicile. Ces dernières abondent dans ce sens puisqu'elles mentionnent que le manque de sages-femmes réalisant des suivis de grossesse à risque pourrait être dû à un manque d'expertise de ces dernières, craignant notamment pour leur responsabilité professionnelle. Cette demande rejoint la *nécessité de mettre en place des formations spécifiques* évoquée dans le rapport du KCE (2015), mais également, de manière beaucoup plus théorique, les écrits de Wittorski et de Abbott. En effet, l'acquisition de certaines compétences et la mise en place de dispositifs adaptés pour y parvenir font partie du processus de professionnalisation et participent à la légitimité de la profession. Il est à mentionner qu'une formation plus importante entraînera des rémunérations majorées, ce qui est également une composante du processus de professionnalisation. Dès lors, avant la mise en œuvre de manière concrète de l'hospitalisation à domicile des grossesses à risque, c'est une budgétisation globale avec les coûts et gains de la mise en place de ce nouveau dispositif qui doit être réalisée.

D'autre part, les gynécologues évoquent aussi que le fait de travailler avec les sages-femmes de la structure hospitalière et ayant par ailleurs une activité extra-hospitalière rend la collaboration beaucoup plus aisée. En effet, cela leur permet de connaître la manière de travailler des sages-femmes et l'interconnaissance est déjà établie. Nous pouvons noter que Goulet *et al.* mentionne également la pertinence de travailler avec des professionnels directement reliés à un service hospitalier, plutôt que via un organisme communautaire, mais la raison invoquée n'est pas la collaboration, mais plutôt la capacité de gérer les situations urgentes.

Pour renforcer l'interconnaissance mutuelle entre les sages-femmes indépendantes et les gynécologues, les professionnels interrogés s'accordent à dire que le contact « en face-à-face » est essentiel. En effet, beaucoup mentionnent qu'une intervision régulière (via des réunions ou des staffs par exemple) devrait se mettre en place. Les professionnels n'ont pas mentionné de fréquence particulière mais ont insisté sur le fait que cela devait se réaliser en fonction des besoins tant pour les sages-femmes que pour les gynécologues. Ces différentes réunions, en plus de traiter des pathologies rencontrées, se voudraient également d'évaluer la prise en charge globale de cet HAD et du « dispositif » en tant que tel. Cela permettrait, selon les professionnels, un ajustement rapide des pratiques. Dans le modèle présenté par d'Amour *et al.*, nous avons pu remarquer que l'indicateur « connectivité » rejoint l'évolution des organisations et son évaluation. Outre ces rencontres « personnelles », les professionnels ont émis le souhait de pouvoir organiser des congrès permettant aux professionnels de l'intra et de l'extrahospitalier de se rencontrer afin de pouvoir discuter de leurs pratiques respectives et des pistes d'amélioration à envisager.

En plus de l'interconnaissance et de l'établissement du lien de confiance entre les sages-femmes et les gynécologues, ces derniers insistent également sur l'importance de pouvoir faire confiance à la patiente pour qu'ils puissent envisager une prise en charge à domicile. En effet, dans les « critères » envisagés pour l'HAD, les professionnels insistent sur la notion de compliance de la patiente, sa situation socio-économique, ainsi que sa capacité à comprendre sa pathologie et interpréter les signes et symptômes devant l'alerter. Pour les deux catégories d'acteurs, si ces conditions ne sont pas remplies, une HAD est remise en question car jugée trop dangereuse.

Ces considérations nous amènent à aborder un autre enjeu du déplacement de l'hospitalisation vers le domicile : le rôle du patient et son pouvoir. En effet, son rôle est bien différent de celui qu'il pourrait jouer lors d'une hospitalisation classique et, dans le cadre de l'HAD, une forme « d'inversion de pouvoir » pourrait être observée. En l'absence d'une présence constante, il faut faire confiance à la patiente quant à la gestion de sa pathologie et cette dernière détient alors une forme de pouvoir jusqu'alors quasi inexistante dans la prise en charge des GAR. Cette constatation nous amène deux réflexions : la patiente et sa famille sont-elles prêtes à accepter cette responsabilité et les conséquences que cela implique ? Le système de santé tel que nous le connaissons aujourd'hui, qui malgré une évolution certaine reste relativement patriarcal, est-il prêt à accepter cette délégation de pouvoir à la patiente ?

Il nous semble pertinent de revenir quelques instants sur une notion que nous avons évoquée précédemment et qui concerne la délégation de la responsabilité professionnelle des gynécologues aux sages-femmes et la crainte que cela peut leur susciter. Nous avons été interpellées d'entendre que, malgré cette crainte non déguisée du côté médical, les sages-femmes évoquent un manque d'informations important, rendant parfois leurs prises en charge « non sécuritaires ». Ce paradoxe, entre d'une part la peur liée à la délégation de la responsabilité professionnelle, et d'autre part le sentiment des sages-femmes indépendantes qu'une fois que l'accord de HAD est donné, les obstétriciens ne se sentent plus responsables de leurs patientes, nous a semblé important à relever. Cela se traduit par une transmission d'informations défaillante et une difficulté à les joindre en cas de questions. Pour appuyer ces constatations, les sages-femmes ont insisté sur le fait que ce sont elles qui initient majoritairement le contact avec les gynécologues. En d'autres termes, une fois que la transmission de données de la mise en place de l'HAD est terminée, elles ont le sentiment que pour la suite de la prise en charge la transmission d'informations est unilatérale.

Les professionnels s'accordent sur le fait que, sans communication efficace et fluide, l'HAD est difficilement envisageable. Il est même intéressant de noter que la communication interprofessionnelle est aussi rassurante pour les patientes qui, lorsqu'elles se rendent compte que les informations circulent, se sentent en sécurité. Ainsi, ce sentiment mentionné dans nos entretiens est confirmé par Epiney & Vial (2009) qui mentionnent que dans les « situations à haut risque émotionnel », la manière dont les professionnels s'articulent et collaborent pour accompagner la femme et sa famille a un impact tant pour la famille que pour les professionnels eux-mêmes. Dès lors, tous mentionnent l'utilité des technologies de l'information et de la communication pour faciliter cette communication. A l'heure actuelle, les professionnels ont tendance à utiliser des outils « non médicaux » de communication, tels que Messenger, WhatsApps, etc, mais ils expriment tous le souhait de bénéficier d'un outil officiel, unique, facile d'utilisation et qui garantirait la protection des données et du secret professionnel. De plus dans sa construction, les professionnels émettent le souhait qu'une interface permettant la mise en ligne de photos de monitoring ou de la patiente (ex : éruption cutanée), soit créée. Ils insistent aussi sur le fait de pouvoir disposer de la transmission des informations en temps réel ainsi que de pouvoir recevoir une « notification » lors d'ajout de nouvelles données. Nous pensons que les professionnels évoquent là un outil de *technologies collaboratives* : le « workflow » mentionné par Bobilier Chaumon (2013) (as cited in Medzo-M'engone *et al.* (2018)), défini dans le cadre théorique. Cet outil ne devrait pas se résumer en des cases à cocher

centré sur l'aspect médical simplement mais une certaine malléabilité doit être possible notamment pour la transmission des données subjectives. Par ailleurs, les sages-femmes mentionnent l'importance d'avoir un contact téléphonique direct avec le gynécologue de la patiente afin de transmettre des nuances qui sont difficilement exprimables par écrit. Cependant, elles insistent sur le fait qu'une trace écrite de cet échange doit être conservée. La nécessité d'un contact direct et l'utilisation actuelle du dossier informatisé considérée *plus par sa fonction d'archivage que de partage* a également été mise en évidence par Staffoni *et al.* (2016).

Nous souhaitons attirer l'attention du lecteur sur un point de faiblesse qui nous semble important. Certains gynécologues se plaignent à l'heure actuelle de la difficulté rencontrée à bénéficier de certaines informations lorsque la patiente doit voir plusieurs intervenants intra-hospitaliers (pathologies complexes), d'autres mentionnent le manque d'information disponibles dans le logiciel Réseau Santé Wallon, par exemple. Nous sommes interpellées par cela car une difficulté au sein même des structures hospitalières n'est pas de bon augure pour une transmission d'information aisée entre les professionnels des secteurs intra et extra hospitaliers.

Les sages-femmes attirent notre attention sur le fait que, bien que les gynécologues de par leur lieu de travail fixe ont certainement facilement accès à un tel outil, la mise en place d'un tel dispositif serait plus onéreuse pour elles. Elles demandent donc que l'État puisse intervenir dans leurs frais à ce niveau car beaucoup disent qu'elles n'auraient pas les moyens de l'acheter par elles-mêmes. Les gynécologues aimeraient aussi l'implication de l'état dans le choix d'un logiciel commun à toute la Fédération Wallonie Bruxelles afin de faciliter les transferts de données, ce logiciel devrait alors être utilisé par tous les médicaux et paramédicaux. Il est intéressant de noter que ce souhait rejoint en réalité le point 7 de l'appel à candidature du SPF santé publique pour la HAD.

Les sages-femmes de la province de Luxembourg ont mentionné comme contrainte importante la difficulté d'accès au réseau internet, ce qui n'a pas été mentionné par celles de Namur et de Bruxelles. Dès lors, la mise en place de l'outil doit pouvoir répondre aux différentes contraintes rencontrées par les professionnels.

Outre la création d'un outil commun, les professionnels interrogés émettent la volonté qu'un listing commun informatisé reprenant les coordonnées de tous les professionnels impliqués dans l'HAD et mis à jour régulièrement, ainsi qu'une liste actualisée des sages-femmes de leur région « agréées » pour réaliser des suivis de grossesse à risque à domicile.

Un outil intéressant, « outil d'aide à la décision GIRAFE » a été évoqué par l'une des sage-femme pour permettre de travailler autour de situations complexes en pluridisciplinarité. Cet outil n'est actuellement pas ciblé pour le domaine de la périnatalité mais pourrait très bien être adapté dans le cadre des hospitalisations des grossesses à risque à domicile. Nous trouvions intéressant de le mettre en avant dans cette discussion car c'est un élément nouveau, une piste de solution qui, pour nous, devrait être exploitée. En effet, comme nous l'avons développé dans notre cadre théorique, la prise en charge des grossesses à risque sont des « situations complexes ».

Au vu des différents acteurs pouvant être impliqués dans le cadre de l'HAD, les professionnels mentionnent l'importance de la mise en place d'un coordinateur de soin. Cette fonction est d'ailleurs largement citée par D'Amour *et al.* (2008) dans son article *A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations*. La FCSD (2017) souligne également l'importance de définir un référent HAD.

Certains gynécologues mentionnent que les sages-femmes devraient assurer ce rôle puisqu'elles sont en première ligne, alors que d'autres voient plutôt le médecin généraliste. Cependant, cela nous paraît plus complexe dans certaines régions où les médecins généralistes travaillent à plusieurs dans un cabinet et où donc un médecin « de famille » n'est pas toujours présent. De plus, comme nous avons pu déjà le mentionner, les médecins généralistes ne sont pas toujours à l'aise dans ce type de prise en charge.

Outre cet aspect de coordination, les sages-femmes ont aussi relevé la notion de leadership, rôle du gynécologue notamment de par sa position hiérarchique mais aussi des sages-femmes suite à la proximité auprès des patientes. Cette remarque nous évoque un écrit de Wittorski (2008) as cited in Barbier *et al.* (2009) qui indique que le discours sur la professionnalisation est le résultat de certaines évolutions et que, outre le fait que les salariés se sentent plus « acteurs du changement », il mentionne également le passage d'un système contrôlé en son centre à une certaine décentralisation des responsabilités, ce qui ressort ici du discours des professionnels.

Néanmoins, la notion de responsabilité professionnelle, telle que nous avons pu l'évoquer précédemment, rentre aussi en ligne de compte dans ces aspects. De manière implicite, la prise du leadership par l'une ou l'autre partie implique que la responsabilité professionnelle incombe au leader et cette notion reste encore très floue et source de crainte pour tous les acteurs impliqués à l'heure actuelle. D'une manière générale, les professionnels demandent un cadre légal plus structuré pour encadrer l'HAD.

Nous pouvons remarquer que cette place de « coordinateur » ou de « leader » laisse une sorte de poste vacant, dont on ne sait pas encore tout à fait quelle profession devrait l'occuper. C'est ce que Abbott, dans son ouvrage, décrit comme la « création d'aires de tâches vacantes », où se déploient alors des luttes interprofessionnelles (Abbott, 1988). En effet, selon lui, la technologie et l'organisation sont à même de produire des variations si fortes de la demande qu'elles redéfinissent le système des professions. Il donne comme exemple, que nous trouvons des plus parlant, la fermeture des hôpitaux psychiatriques qui ont déterminé la création ou l'abolition de tâches (Abbott, 1988) et qui ont redéfini la profession d'infirmier psychiatrique.

Nos résultats montrent que les professionnels interrogés accordent une importance aux aspects financiers liés à l'HAD. Nous évoquons ci-après les gains financiers éventuels liés à une prise en charge extrahospitalière, mais ce paragraphe s'intéresse plutôt à la rémunération des différents professionnels indépendants. En effet, les sages-femmes expriment le souhait d'un ajustement au niveau de la tarification liée aux codes INAMI, avec une adaptation au contexte de l'HAD. Les gynécologues sont moins spécifiques dans les solutions proposées, mais ils sont nombreux à indiquer que la rémunération des sages-femmes indépendantes est nettement insuffisante pour vivre dignement et que cela devrait être corrigé si une HAD à large échelle devient possible. Tout cela rentre dans la notion plus large de « gouvernance » présenté dans le modèle de d'Amour *et al.* En effet, les témoignages des professionnels rejoignent ce qui a été mentionné par les auteurs dans l'indicateur « centralité » du modèle.

Alors que dans notre cadre théorique, le gain financier du domicile n'était pas clairement établi, les professionnels interrogés mentionnent que le développement de l'HAD serait économiquement favorable pour la société. Cet argent pourrait dès lors être investi afin de rendre possible ces hospitalisations à domicile. Néanmoins, malgré ces dires, alors que les services dispensés à l'hôpital sont forfaitaires, certains professionnels craignent que les services « à la carte » du domicile deviennent plus onéreux pour les patientes mentionnant dès lors l'intérêt de la création de nouveaux codes INAMI propres à cet HAD.

Cependant, cette hypothèse est souvent émise sans fondement et nous pensons qu'une étude complète supplémentaire serait souhaitable pour évaluer le réel impact économique d'une telle modification de la prise en charge des grossesses à risque. Notre mémoire ne peut en aucun cas donner réponse à cette question très spécifique du financement et des gains économiques éventuels.

Quoi qu'il en soit, une collaboration interprofessionnelle sous-tend de multiples dimensions comme évoqué par D'Amour *et al.* (2008). Au cours de cette discussion, vous avez pu constater que ces différentes dimensions s'entremêlent et que les professionnels interrogés expriment tous leur importance. Ces derniers s'accordent à dire que l'intérêt de la patiente doit être au centre de la prise de décisions et que les acteurs professionnels gravitant autour de cette dernière doivent s'adapter à chaque situation. En effet, même si une uniformisation des pratiques est voulue par le biais de formations certifiantes, la notion d'adaptation des prises en charge au cas par cas reste une priorité. Comme nous avons pu le mentionner, malgré la volonté de faire primer l'intérêt de la patiente et de son entourage, celui des professionnels est pris en considération. Nous n'évoquons pas par là qu'il ne doit pas l'être mais un équilibre subtil entre les deux doit être de rigueur.

3 Forces et limites de l'étude

3.1 Forces :

La grande force de notre étude est d'avoir mené nos études respectives auprès de deux acteurs clés de l'HAD en obstétrique. Cela nous a permis de confronter les avis des gynécologues et des sages-femmes sur le sujet et ainsi de faire ressortir des pistes de solutions qui pourraient convenir aux deux parties prenantes. Nous considérons que c'est une réelle plus-value puisque, comme vous avez pu le lire dans les différents entretiens, beaucoup ont exprimé le manque de préparation dont ils ont souffert lors de la mise en place du retour précoce en post-partum. Nous avons pensé ce travail comme une préparation à l'HAD en obstétrique, ce qui peut être très bénéfique pour les professionnels. De plus, le fait d'avoir mené nos entretiens dans 3 zones géographiques différentes nous a permis d'affiner notre discussion en prenant en considération les disparités qui pouvaient être rencontrées en fonction des réalités du terrain belge.

Ensuite, le fait d'avoir travaillé à deux sur le sujet nous a permis d'avoir un regard plus critique sur la question. Nous avons pris soin de réaliser nos études et nos premières analyses tout à fait séparément, afin d'être objectives. Nous avons ensuite, lors de la discussion, confronté et débattu sur nos résultats respectifs et nous pensons que cela leur apporte de la richesse.

De nombreuses sages-femmes ont accepté de nous répondre car elles trouvaient la thématique innovante et intrigante. Beaucoup nous ont confié, ne plus vouloir répondre pour les mémoires et les TFE traitant de thématiques "habituelles". Concernant les entretiens avec les gynécologues, nous avons ressenti un intérêt croissant pour le sujet en cours d'entretien et nous pensons que le sujet a eu le mérite de susciter une certaine curiosité et réflexion.

Enfin, le fait que le guide puisse être préparé à l'avance nous a permis de nous familiariser avec les questions. Comme nous ne sommes pas rompues à l'exercice des interviews, cela nous semblait être un point positif pour obtenir des informations pertinentes et ne pas se perdre dans le flux d'informations.

3.2 Limites :

Tout d'abord, au vu de la « nouveauté » de la thématique, nos répondants devaient parfois imaginer la mise en place d'une telle infrastructure et donc émettre des suppositions. Il serait dès lors intéressant de pouvoir les interroger de nouveau une fois les HAD réellement instaurées sur le sol belge afin d'avoir leur nouveau point de vue de la situation.

Ensuite, nous avons décidé de ne pas interroger les patientes puisque notre volonté était de nous axer sur la collaboration interprofessionnelle. Cependant obtenir le point de vue des patientes, voire de leur famille, aurait pu enrichir notre analyse.

Nous aurions pu aussi interroger des professionnels dans d'autres zones géographiques afin de prendre connaissance des particularités rencontrées. De plus, nous n'avons interrogé aucun professionnel en Flandre étant donné que ce n'est pas notre thématique mais il serait intéressant de le faire dans le cadre d'une étude plus large.

Concernant les entretiens à proprement parler, bien que l'environnement ait toujours été propice à une discussion calme, nous avons rencontré une certaine contrainte temporelle avec les gynécologues, qui souvent nous recevaient avant le début de leurs consultations ou entre deux. Dès lors, un temps limité nous était alloué et vers la fin de l'entretien les réponses étaient parfois moins développées en raison de cette contrainte temporelle. De plus, notre manque d'expérience dans l'exercice des interviews, peut constituer un point faible. En effet, une interview semi-dirigée menée par une personne pas ou peu entraînée à cette technique peut mener à des données peu riches (Kohn & Christiaens, 2016). L'interviewer doit savoir éviter de poser des questions fermées ou orientées en cours d'entretien, avoir un langage corporel adapté et ne pas laisser transparaître son opinion personnelle. Le fait de suivre un guide peut rendre artificiel le flux naturel de la conversation.

CONCLUSION

Comme nous l'avions imaginé, les changements dans le paysage des soins de santé présentent à l'heure actuelle un défi important pour les professionnels de santé et le domaine de la périnatalité ne déroge pas à cette règle. En débutant cette recherche, nous avions pour but de faire ressortir les représentations et préoccupations des professionnels vis-à-vis de l'hospitalisation à domicile, mais aussi de mettre en évidence les pistes de solutions qu'ils proposent pour une collaboration interprofessionnelle efficace dans leur domaine précis. Nous avons pu mettre en évidence que les revendications premières des professionnels, tant du côté des gynécologues que des sages-femmes, sont en réalité d'ordre politique et que les implications de ce changement de prise en charge sont essentiellement sociales et sociétales. La *transition politique* abordée dans notre cadre théorique revient de manière récurrente dans le discours des professionnels et nous avons pu déceler une certaine frustration liée au ressenti d'une absence de transition et de soutien politique dans le cadre des retours précoces en post-partum. Le décalage temporel qu'il existe entre le changement des pratiques sur le terrain et la modification du cadre légal exprimé dans le concept de professionnalisation a une place centrale dans la problématique qui nous occupe. En effet, le poids du médico-légal et la difficulté à établir les responsabilités professionnelles présentent pour les professionnels un obstacle manifeste à la mise en place de cette pratique.

Dans le cadre de la collaboration professionnelle, nous avons pu mettre en évidence tant dans la littérature que dans nos analyses, que l'interconnaissance et la confiance des professionnels l'un envers l'autre était capitale et que, pour le corps médical, cette confiance passait également par une évaluation des compétences de la sage-femme. Ainsi, le développement de compétences spécifiques dans le cadre des hospitalisations à domicile notamment par le biais de formations est essentiel et participe à la professionnalisation du métier de sage-femme. Les sages-femmes quant à elles souhaiteraient ressentir une plus grande implication du corps médical dans le processus de l'HAD, notamment par une communication « bilatérale ». Outre ces notions, les professionnels ont largement insisté sur la mise en place de TICs adaptés à leurs besoins spécifiques ainsi qu'aux contextes particuliers dans lesquels ils peuvent exercer. L'outil commun informatisé est le consensus clairement établi par les professionnels afin de favoriser cette collaboration interprofessionnelle. Cependant, certains freins ont aussi été clairement mis en évidence par les professionnels notamment concernant le coût de ces mesures.

Dans cette conclusion, nous souhaitons faire ressortir les pistes de solutions, les idées proposées par les professionnels pour se sentir en sécurité vis-à-vis d'une éventuelle mise en place à large échelle de l'HAD des grossesses à risque :

- ◆ Modification du cadre légal actuel (création éventuelle de guidelines) afin de définir officiellement les rôles de chacun, les actes autorisés ou non et clarifier la responsabilité médico-légale des différents intervenants.
- ◆ Mise en place d'une formation complémentaire spécifique et obligatoire pour les sages-femmes souhaitant réaliser de l'HAD en obstétrique; ou obligation d'un minimum d'années d'expérience dans un service MIC.
- ◆ Mise à disposition des médecins d'un listing actualisé des professionnels de santé aptes à réaliser ce suivi (sur base de la formation/expérience précitée) et d'une « fiche » reprenant tous les professionnels gravitant autour de leur patiente avec les numéros de téléphone.
- ◆ Création et implémentation d'un dossier informatisé commun à la Fédération Wallonie-Bruxelles au sein duquel le partage d'informations, mais aussi d'images, de vidéos, ... puisse se faire de manière instantanée, avec des connexions dans les programmes déjà existants.
- ◆ Adaptation et appropriation de l'outil d'aide à la décision « Girafe » au contexte de la périnatalité.
- ◆ Organisation régulière de rencontres (sous diverses formes) entre les professionnels des secteurs intra et extra hospitaliers.
- ◆ Création du poste de « coordinateur HAD » (sage-femme ou médecin traitant) et réflexion sur une rémunération en conséquence.
- ◆ Réflexion autour de la rémunération des sages-femmes qui augmentent leurs compétences et leur responsabilités professionnelles (éventuelle modification des codes INAMI).

Au début de cette conclusion, nous avons évoqué que les implications de ce changement de pratiques étaient essentiellement d'ordre sociétal. En effet, nous avons pu constater à travers les discours des professionnels que certains stéréotypes de genre sont encore ancrés au sein de notre société et qu'ils peuvent influencer sur la vie des femmes. Dès lors, bien plus que la mise en place de services spécifiques (médicaux, paramédicaux, logistiques, ...), c'est un changement global de mentalité qui doit s'opérer. En débutant ce travail, nous avions le sentiment que les professionnels de santé seraient réticents à envisager ce type de prise en charge, pour des raisons

purement professionnelles, voire d'intérêt personnel. Cette notion a été évoquée à demi-mot lors des entretiens par la problématique de la privatisation des soins en Belgique, qui pousse les professionnels à conserver une relation exclusive avec leurs patientes. Cependant, au vu des résultats de nos études respectives, une explication beaucoup plus sociétale est également apparue. En effet, l'hospitalisation comme « protection » de la femme enceinte est une notion récurrente dans les discours des professionnels, ce qui pourrait laisser penser qu'un changement sociétal est à envisager et promouvoir, plutôt qu'une simple adaptation des pratiques professionnelles ou du modèle des soins de santé vers un système plus Beveridgien.

Ce travail a été enrichissant car il nous a permis de faire émerger, en plus de la mise en évidence d'indicateurs et d'outils permettant d'évaluer une collaboration interprofessionnelle efficace dans le cadre précis des grossesses à risque, trois notions nouvelles qui nous ont poussé à revoir nos considérations et représentations premières : la professionnalisation du métier de sage-femme, les stéréotypes de genre et la privatisation des soins comme obstacle à la collaboration. En effet, alors que le KCE préconise de simples changements organisationnels et structurels, nous avons pu constater que l'implémentation de l'HAD dans le domaine obstétrical et plus particulièrement des grossesses à risque vise un spectre de changement bien plus large. Nous pensons que de nouvelles études dans ce sens seraient nécessaires avant d'envisager l'implémentation de l'hospitalisation à domicile des grossesses à risque. Une étude plus approfondie auprès des femmes et leur famille pourrait dès lors apporter de nouveaux éclairages, ainsi que des études plus sociologiques sur l'évolution des métiers de la périnatalité. Quels que soient les projets envisagés, étudier la situation selon une approche systémique est primordiale. De plus, des études supplémentaires pour évaluer la situation d'un point de vue purement financier seraient également nécessaires.

Alors créons, adaptons, initions, innovons, collaborons, communiquons pour faire évoluer notre société d'aujourd'hui ... notre société de demain !

BIBLIOGRAPHIE

- Abbott, A. (1988). The System of Professions. *An essay on the Division of Expert Labor*. The University of Chicago Press. Chicago and London. Retrieved from <https://books.google.be/books?id=WWzRAgAAQBAJ>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2016). Practice bulletin no. 130: prediction and prevention of preterm birth. *Obstetric Gynecology*, 120 (4), 964-973. DOI : 10.1097/AOG.0b013e3182723b1b
- Ancel, PY. (2002). Menace d'accouchement prématuré et travail prématuré à membranes intactes : physiopathologie, facteurs de risque et conséquences. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 31 (7), 10-21. DOI : JGYN-11-2002-31-S7-0368-2315-101019-ART3
- Anfrie, A. (2008). Intérêt et limites de l'interprofessionnalité pour un accompagnement thérapeutique de qualité (Master's thesis). Université de Provence, Lambesc.
- Aujoulat, I. (2017). *Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique*. Unpublished document, Université Catholique de Louvain.
- Barbier, JM., Bourgeois, E. Chapelle,G. & Ruano-Borbalan, JC. (2009). A propos de la professionnalisation. *Encyclopédie de l'éducation et de la formation*, 781-793. Paris : PUF. Retrieved from <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00601567/document>
- Blais, M. & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches Qualitatives, Vol 26 (2), 1-18*. Retrieved from http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero_26%282%29/blais_et_martineau_final2.pdf
- Bloch, MA., Hénaut, L. Sarda, JC. & Gand, S.(2014). La coordination dans le champ sanitaire et médico-social : enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles. Retrieved from <https://hal-sciencespo.archives-ouvertes.fr/hal-00818111/document>
- Brun, E., Ponge, JF. & Lefeuvre, JC. (2017). Paroles de chercheurs : environnement et interdisciplinarité. Retrieved from <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01672591>

Canadian Interprofessional Health Collaborative. (2010).*Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme.*

Retrieved from http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf

Caplan, G.A, Sulaiman, N.S., Mangin, D.A., Aimonino Ricauda, N., Wilson, A.D. & Barclay, L. (2012). A meta-analysis of “hospital in the home”. *The Medical journal of Australia*, vol 197 (9), 512-519. DOI : 10.5694/mja12.10480 .

Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Bernier, J., Maziade, J. & Paré, L. (2011). Continuum des pratiques de collaboration.

http://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/documents/RCPI_2011-03_Guide_d_accompagnement_Schema_des_pratiques_de_collaboration.pdf

Cellule stratégique de la ministre des Affaires sociale et de la Santé publique. (2015). *Plan d'approche réforme du financement des hôpitaux*. Retrieved from https://www.absymbvas.be/images/dossier/Reforme_Finacement_Hopitaux/Plan_dapproche_Reforme_Hopitaux_FR.pdf

Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé. (s.d). *Hospital-at-home (HAH) : Orientations for Belgium*. Retrieved from http://www.alass.org/wp-content/uploads/atelier-hospitalisation-doc_7.pdf

Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé. (2015). *L'hospitalisation à domicile :orientation pour un modèle belge*. Retrieved from https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE__250Bs_hospitalisation_a_domicile_Synthese.pdf

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (2012). Pluridisciplinarité. Retrieved from <https://www.cnrtl.fr/definition/pluridisciplinarité>

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. (2013). La menace d'accouchement prématuré (MAP) à membranes intactes - recommandations pour la pratique clinique. Retrieved from http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_10.HTM

Conley, J., O'Brien, CW., Leff, BA., Nolen, S. & Zulman, D. (2016). Alternative Strategies to Inpatient Hospitalization for Acute Medical Conditions : A Systematic Review. *JAMA Internal Medicine*, 176 (11), 1693-1702. doi : 10.1001/jamainternmed.2016.5974

- Contandriopoulos, AP., Denis, JL., Touati, N. & Rodriguez, R. (2001). Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre. *Revue transdisciplinaire en santé*, 8 (2), 38-52.
- Corvol, A.(2013). *Valeurs, attitudes et pratiques des gestionnaires de case en gérontologie* (Doctoral dissertation). Université Paris Descartes, Paris. Retrieved from <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00987270/document>
- D'Amour, D., Goulet,L., Labadie, JF., San Martin-Rodriguez, L. & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8(1), 1-14. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2563002/pdf/1472-6963-8-188.pdf>
- De Block, M. (2015). *Plan d'approche réforme du financement des hôpitaux*. Retrieved from https://www.absym-bvas.be/images/dossier/Reforme_Finacement_Hopitaux/Plan_dapproche_Reforme_Hopitaux_FR.pdf
- De Block, M. (2017). *Douze projets pilotes sur l'hospitalisation à domicile sélectionnés, communiqué de presse*. Unpublished document. Retrieved from <https://www.deblock.belgium.be/fr/douze-projets-pilotes-sur-l'hospitalisation-a-domicile-selectionnés>
- De Geest, A. Jouck, P. Horn, M. Lardennois, M. Pieters, J. Van Herp, H. Verdin, V. Vivet, V. (2017). *Statistiques annuelles des professionnels des soins de santé en Belgique*. Unpublischd document.
- Dehaene, I., Bergman, L., Turtiainen, P., Ridout,A. & Mol, BW. (2017). Maintaining and repeating tocolysis : A reflection on evidence. *Seminars in Perinatology*, 41 (8), 468-476. doi : 10.1053/j.semperi.2017.08.005
- Demazière, D. (2009). La sociologie des professions, F. Champy. *Presses universitaires de France*, 53 (3), 411-413. Paris : PUF.
- Demagny-Warmoes, A., Devictor, J. & Colson, S. (2018). Études quantitatives descriptives parallèles : état des lieux de la coordination des sorties d'hospitalisation et identification des besoins des infirmières libérales. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*,4 (4), 205-213. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352802818301194>

- De Regge, M., De Pourcq, K., Gemmel, P., Van de Voorde, C. & Eeckloo, K. (2018). Varying viewpoints of Belgian stakeholders on models of interhospital collaboration. *BMC Health Services Research*, 18 (1), 1-14. DOI : 10.1186/s12913-018-3763-9
- El Senou, A. & Mousa, HA. (2014). Planned home versus hospital care for preterm prelabour rupture of the membranes (PPROM) prior to 37 weeks' gestation (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. DOI : 10.1002/14651858.CD008053.pub3.
- Epiney, M. & Vial, Y. (2009). Travailler sur les articulations interprofessionnelles en périnatalité : un objectif obstétrical. *Revue médicale Suisse*, 5(1), 2102-2104. Retrieved from <https://www.revmed.ch/RMS/2009/RMS-222/Travailler-sur-les-articulations-interprofessionnelles-en-perinatalite-un-objectif-obstetrical>
- Fabry, J., Abiteboul, D., Aho-Glélé, L.S., Amazian, K., Astagneau, P., Atif, M., Baron, R. (...) & Zahar, J.R. (2012). Prévention des infections associées aux soins en hospitalisation à domicile. *Revue officielle de la Société Française d'Hygiène Hospitalière*, Vol XX (5). Retrieved from http://www.cpias-auvergnerhonealpes.fr/Doc_Reco/document/had.pdf
- Fédération des Centres de services à domicile et services associés. (2017). Hospitalisation à domicile. Retrieved from <http://www.unipso.be/spip.php?rubrique580>
- Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile. (2016). Ensemble construisons l'hospitalisation de demain – Rapport d'activité. Retrieved from https://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2017/11/FNEHAD_RA_web.pdf
- Garabedian, C. Bocquet, C., Duhamel, A., Balagny, S., Clouqueur, E., Tillouche, N., & Deruelle, P. (2016). Rupture prématurée des membranes : peut-on proposer une prise en charge à domicile? *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction*, 45 (3), 278-284. DOI : 10.1016/j.jgyn.2015.02.018
- Gonçales-Bradley, DC., Iltis, S., Doll, HA., Gladman, J., Langhorne, P., Richards, S. & Shepperd, S. (2017). Early discharge hospital at home. *Cochrane Database Systematic reviews*, 26 (6). DOI : 10.1002/14651858.CD000356.pub4
- González-Ramallo, V.J., Mirón-Rubio, M., Mujal, A., Estrada, O., & Rivera, A.J. (2017). Costs of outpatient parenteral antimicrobial therapy (OPAT) administered by Hospital at Home units in Spain. *International Journal of Antimicrobial Agents*, 50 (1), 114-118. DOI : 10.1016/j.ijantimicag.2017.02.017

- Goulet, C., Gévry, H. Gauthier, R., Lepage, L., Fraser, W. & Aita, M. (2001). A controlled clinical trial of home care management versus hospital care management for preterm labour. *International Journal of Nursing Studies*, 38 (1), 259-269. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11245863>
- Groupe des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique. (2017). Menace d'accouchement prématuré. Retrieved from <https://www.ggolfb.be/sites/default/files/article/file/16%20%20MAP%20-%20protocole%20GGOLFB%202017.pdf>
- Haute Autorité de Santé. (2019). Hospitalisation à domicile. Retrieved from https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1046762/fr/hospitalisation-a-domicile-had-47
- Huret, E., Chanavaz-Lacheray, I., Grzegorzczak-Martin, V., Fournet, P. (2012). Prise en charge à domicile des ruptures prématurées des membranes avant 37 semaines d'aménorrhée. *Gynécologie-Obstétrique*, 42 (4), 222-228. DOI : 10.1016/j.gyobfe.2014.01.011
- ICRA. (s.d) Le travail interdisciplinaire : concepts, conditions de réussite et organisation. Retrieved from www.capp-asbl.be/travail_interdisciplinaire.pdf
- Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (IWEPS). (2019). *Indicateurs statistiques*. Retrieved from <https://www.iweps.be/indicateur-statistique/densite-de-population/>
- Kelly, MM., Penney, ED. (2011). Collaboration of hospital case managers and home care liaisons when transitioning patients. *Professional Case management*, 16(3), 128-36. DOI : 10.1097/NCM.0b013e31820d66af.
- Kohn, L. & Christiaens, W. (2014). Les Méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, tome liii(4), 67-82. DOI :10.3917/rpve.534.0067.
- Kohn, L. & Christiaens, W. (2016). *KCE Process book - Qualitative data (GCP – HSR – HTA)*. Retrieved from <http://processbook.kce.fgov.be/book/export/html/50>
- Lemaire, C. & Ykman, O. (2006). L'infirmier coordinateur de soins : un maillon devenu incontournable. Retrieved from <https://www.saintluc.be/services/infirmiers/congres-infirmier/congres-infirmier-06.pdf>

- Lett, F. & Arcangéli-Belgy, MT. (2013). Impact de la diminution des durées d'hospitalisation pour menace d'accouchement prématuré. *La revue Sage-Femme*, 12(1), 196-203. DOI :10.1016/j.sagf.2013.08.003
- Loriol, M. (2011). Sens et reconnaissance dans le travail. *Traité de sociologie du travail*, 43-67. Retrieved from <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00650279/document>
- Medzo-M'engone, J., Bobillier-Chaumon, ME. & Préau, M. (2018). Changements technologiques, TIC et santé psychologique au travail : une revue de la littérature. *Psychologue française*. DOI : 10.1016/j.psfr.2018.03.002
- Naik Gaunekar,N. & Crowther,CA. (2004). Maintenance therapy with calcium channel blockers for preventing preterm birth after threatened preterm labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. DOI 10.1002/14651858.CD004071.pub2.
- Nijman, TAJ., Van Vliet, EOG., Koullali,B., Mol, BW. & Oudijk, MA. (2016). Antepartum and intrapartum interventions to prevent preterm birth and its sequelae. *Seminars in fetal & neonatal medicine*, 21 (2), 121-128. DOI : 10.1016/j.siny.2016.01.004
- Office de la Naissance et de l'Enfance. (2013). Banque de Données Médico-Sociales. Retrieved from www.one.be/uploads/tx_ttproducts/datasheet/BDMS_2015_Chapitre_3.pdf
- Organisation de coopération et de développement économique. (2017). *Durée de séjour à l'hôpital*. Retrieved from <https://data.oecd.org/fr/healthcare/duree-de-sejour-a-l-hopital.htm>
- Paulard, I. (2013). Perspectives d'avenir en gestion des risques en obstétrique pratique collaborative et simulation en santé. *Vocation sage-femme*, 1 (102), 16-19. DOI : 10.1016/j.vsf.2013.03.006.
- Policard, F. (2014). Apprendre ensemble à travailler ensemble : l'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives. *Recherche en soins infirmiers*, 2 (117), 33-49. Retrieved from <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2014-2-page-33.htm>
- Portrait démographique*. (2016). Retrieved from https://www.province.namur.be/portrait_demographique
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J. & Zwarenstein, M. (2009). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes (Review).

Cochrane Database Systematic reviews, 6 (1). DOI : 10.1002/14651858.CD000072.pub3.

- Romoren, M., Pedersen, R. & Forde, R. (2017). One patient, two worlds – coordination between nursing home and hospital doctors 193. *Journal of the Norwegian Medical Association*, 137 (3), 193- 197. DOI : 10.4045/tidsskr.16.0099
- Roquet, P.(2012). Comprendre les processus de professionnalisation : une perspective en trois niveaux d’analyse. *Phronesis*, 1(2), 82-88. DOI : 10.7202/1009061ar
- Ross Baket, G., Jeffs, I., Law, M. & Norton, P. (2007). Improving the Safety and Quality of Health Care in Canada. Retrieved from https://www.pharmacists.ca/cpha-ca/assets/file/store/safe_effective_Sample_Chapter.pdf
- Ros, C. *et al.* (2013). Effect of maintenance tocolysis with nifedipine in threatened preterm labor on perinatal outcomes : a randomized controlled trial. *JAMA*, 309 (1), 41-47. DOI : 10.1001/jama.2012.153817
- Salzmann, M., Gaucherand, P. & Doret, M. (2011). Hospitalisation prolongée ou retour à domicile des menaces d’accouchement prématuré : une étude avant–après. *Gynécologie Obstétrique*, 41 (4), 222-227. DOI : 10.1016/j.gyobfe.2012.01.002
- Seaton, RA. & Barr, DA. (2013). Outpatient parenteral antibiotic therapy : principles and practice. *European Journal of Internal Medicine*, 24(7), 617-23. DOI : 10.1016/j.ejim.2013.03.014
- Sebai, J. (2016). Une analyse théorique de la coordination dans le domaine des soins : application aux systèmes de soins coordonnés. *Santé Publique*, 2(28), 223-234. Retrieved from <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-2-page-223.htm>
- Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement. (2016). Projet pilotes « accouchement avec séjour hospitalier écourté ». Retrieved from the Web site of Service public fédéral <https://www.health.belgium.be/fr>
- Shepperd, S., Iliffe, S., Doll, HA., Clarke, MJ., Kalra, L., Wilson, AD. & Gonçalves-Bradley, DC. (2016). Admission avoidance hospital at home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9. DOI : 10.1002/14651858.CD007491.pub2.
- Siegal, C. (2018). Prevention of preterm labor and preterm birth. Retrieved from the Web site of DynaMedplus <http://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T900646/Prevention-of-preterm-labor-and-preterm-birth#Management>

- Staffoni, L., Knutti-Menia, I. Bécherraz, C., Pichonnaz, D., Bianchi, M. & Schœb, V. (2018). Définir la collaboration interprofessionnelle : étude qualitative des représentations pratiques des formateurs/trices en santé. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1779012318303103>
- Thunus, S. (2011, avril). Essai de présentation des travaux d'A. ABBOTT. Paper presented at Séminaire « *L'œuvre sociologique d'Andrew Abbott : fondements empiriques et enjeux théoriques* » organisé par Demazière, D., Jouvenet, M. & Ollivier, C. Laboratoire Printemps (CNRS/UVSQ).
- Urquhart, C., Currell, R. Harlow, F. & Callow, L. (2017). Home uterine monitoring for detecting preterm labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. DOI : 10.1002/14651858.CD006172.pub4.
- Van Tielen, R. & Van Woensel, R. (2016). *Economie de la grossesse, de l'accouchement et de la maternité. Etudes des Mutualités Libres*. Retrieved from the Web site of Mutualité Libres https://www.mloz.be/sites/default/files/publications/economie_de_la_grossesse_de_laccouchement_et_de_la_maternite_0216.pdf
- Vendittelli, F. & Lachcar, P. (2002). Menace d'accouchement prématuré, stress, soutien psychosocial et psychothérapie : revue de la littérature. *Gynécologie Obstétrique Fertilité*, 30 (1), 503-13. DOI : 10.1016/S1297-9589(02)00360-0.
- World Health Organization. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf

ANNEXES

Table des matières des annexes

Annexe 1 : Algorithme d'aide à la décision pour une HAD (HAS)

Annexe 2 : Deuxième appel à candidatures : projet pilotes « hospitalisation à domicile »

Annexe 3 : Modèle du référentiel national de compétences en matière
d'interprofessionnalisme

Annexe 4 : Guide d'entretien pour les sages-femmes indépendantes

Annexe 5 : Guide d'entretien pour les gynécologues-obstétriciens

