

Faculté de santé publique

« Les préférences des femmes enceintes dans le type d'hospitalisation pour la prise en charge des grossesses à risque : une expérimentation à choix discrets au CHU Saint-Pierre »

Mémoire réalisé par

AMAND Laura

Promoteur(s)

TUBEUF Sandy

DESTERBECQ Charlotte

Année académique 2022-2023

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

« Les préférences des femmes enceintes dans le type d'hospitalisation pour la prise en charge des grossesses à risque : une expérimentation à choix discrets au CHU Saint-Pierre »

Mémoire réalisé par

AMAND Laura

Promoteur(s)

TUBEUF Sandy

DESTERBECQ Charlotte

Année académique 2022-2023

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

D'abord, je souhaite exprimer ma gratitude envers ma promotrice, Pr Tubeuf, et ma copromotrice, Mme Desterbecq, pour avoir accepté de m'accompagner dans ce projet de mémoire. Leur soutien, leur confiance et leurs précieux conseils tout au long de la réalisation de ce mémoire ont été essentiels pour le mener à bien.

J'adresse mes remerciements au jury, Pr Franc, pour l'intérêt porté à ce travail ainsi que pour son temps, son expertise et ses commentaires judicieux.

Je remercie le Pr Robert pour ses recommandations pertinentes ainsi que Mme Blasson pour le temps et les informations qu'elle m'a fournis.

J'exprime également toute ma reconnaissance au Dr Nagel pour sa disponibilité, son aide et sa confiance dans la réalisation de cette recherche.

Ensuite, je tiens à remercier chaleureusement mes cheffes de services et mes merveilleuses collègues pour leur écoute, leur amitié et leurs paroles réconfortantes.

Je souhaite adresser mes remerciements particuliers à Meriem Bouzar, collègue et avant tout amie, qui a partagé avec moi ce parcours intense de master. Sa détermination, sa bonne humeur et sa franchise ont été d'une aide précieuse.

Je remercie également mes amis, avec une pensée particulière pour Julia, Sandrine et Julie pour leurs présences et leurs encouragements sincères.

Enfin, je suis profondément reconnaissante envers ma famille pour leur soutien, leur appui à la fois logistique et moral et leur gentillesse. Je tiens tout particulièrement à remercier mon fils, Matt, pour sa patience et sa bonne humeur, ainsi que mon compagnon, sans qui rien de tout cela n'aurait été possible. Sa présence constante, son aide précieuse, son amour, sa bienveillance sans faille et son soutien indéfectible ont été des piliers essentiels dans la réalisation de ce mémoire.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail 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. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiantes 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 matières

Liste des abréviations.....	8
Liste des figures et des tableaux.....	9
Introduction	10
Cadre théorique.....	11
I. Grossesse à risque	11
II. Pratiques de prise en charge hospitalières existantes	14
1. L'hospitalisation classique	14
2. L'hospitalisation à domicile	16
III. Patient-centered care	23
IV. Questions de recherche.....	24
Méthodologie.....	25
I. Les attributs et les niveaux	25
II. Design de l'expérimentation	29
III. Population cible.....	31
IV. Récolte des données	32
V. Analyse des données	32
1. Analyse univariée	32
2. Analyse multivariée.....	33
Résultats	35
I. Caractéristiques socio-démographiques des participantes	35
1. Caractéristiques générales	35
2. Antécédents obstétricaux.....	37
II. Discrete Choice Experiment.....	39
1. Analyse unilatérale	39
2. Analyse multivariée	43
Discussion	45

Conclusion et perspectives	53
Bibliographie.....	55
Table des annexes	66

Liste des abréviations

- ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists
- AFMPS : Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé
- AViQ : Agence Wallonne pour une Vie de Qualité
- BMF : Budget des Moyens Financiers
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CNRTL : Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales
- DCE : Discrete Choice Experiment
- FIGO : Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique
- HAD : Hospitalisation A Domicile
- HAS : Haute Autorité de Santé
- ING: Internationale Nederlanden Groep
- INSPQ : Institut National de Santé Publique du Québec
- KCE : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
- INAMI : Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
- MIC : Maternal Intensive Care ou Soins Maternels Intensifs
- NIC : Neonatal Intensive Care ou Soins Intensifs Néonataux
- NSW: New South Wales
- OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PIB : Produit Intérieur Brut
- s. d. : sans date
- SPF : Service Public Fédéral
- WHO : World Health Organisation

Liste des figures et des tableaux

Liste des figures

Figure 1 : La situation fictive du Discrete Choice Experiment.....	30
Figure 2 : Entretiens de la phase pilote.....	30
Figure 3 : Exemple de question du Discrete Choice Experiment.....	31

Liste des tableaux

Tableau 1 : Attributs et niveaux des hospitalisations dans le cas d'une grossesse à risque.....	27
Tableau 2 : Attributs identifiés dans la littérature et non retenus pour décrire les préférences d'hospitalisation dans le cas d'une grossesse à risque.....	28
Tableau 3 : Caractéristiques générales des participantes.....	35
Tableau 4 : Les antécédents obstétricaux.....	37
Tableau 5 : Classement des choix par attribut.....	40
Tableau 6 : Coefficient de Kappa Cohen et le test de Mac Nemar.....	41
Tableau 7 : Résultats de la régression logistique conditionnelle.....	44

Introduction

La grossesse et l'accouchement sont des moments-clés pour une mère et son enfant. Dans certains cas, la grossesse peut être considérée comme « à risque » ou « pathologique ». Une grossesse à risque est une grossesse qui présente un risque de complication fœtale, maternelle ou obstétricale (Haute Autorité de Santé [HAS], 2009). Une prise en charge adéquate est essentielle car elle influence la santé maternelle et fœtale (Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique [FIGO], sans date [s. d.]). Dans le monde, en 2019, on estime à 830 le nombre de décès maternels par jour causés par des complications durant la grossesse ou l'accouchement (World Health Organisation [WHO], 2019). Pour le nouveau-né, il y a une augmentation du risque de mortalité notamment due à la prématurité engendrée par ces grossesses à risque (WHO, 2015). Dès le diagnostic posé, une plus grande surveillance s'impose par le biais de consultations prénatales plus fréquentes ou d'examens complémentaires afin de détecter certaines pathologies comme la prééclampsie ou la cholestase gravidique (Institut National de Santé Publique du Québec [INSPQ], s. d.). Dans certains cas, une hospitalisation est nécessaire (Cliniques universitaires Saint-Luc, s. d.), engendrant une réorganisation pour les familles ainsi qu'un coût pour celles-ci et pour la société (Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité [INAMI], s. d.).

En 2020, les dépenses et le financement des soins de santé représentaient 10.8 % du Produit Intérieur Brut (PIB) belge, la moitié est attribuée aux financements des hôpitaux (Organisation de coopération et de développements économiques [OCDE], s.d.). Afin de diminuer les coûts des soins de santé et d'économiser les ressources, les hôpitaux réduisent, depuis plusieurs années, la durée de séjour de leurs hospitalisations (Dehaspe, 2022). Dans cette optique, en 2016, un appel à projets pilotes d'hospitalisation à domicile [HAD] a été lancé par la ministre de la Santé, Maggie De Block, dans le cadre de la réforme du financement des établissements hospitaliers. Le but visé était également de « faire bénéficier les patients des meilleurs soins dans leur propre environnement familial et confortable » (Ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique, 2016, p. 1). C'est ainsi qu'en 2018, des projets de traitement par antibiothérapie et des prises en charge oncologiques à domicile ont vu le jour (Ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique, 2017).

Différentes études scientifiques, comme le souligne le rapport émis par le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) en 2015, démontrent la sécurité de la HAD. En effet, lorsqu'on compare la HAD avec une hospitalisation classique, il n'y a pas de différence

significative observée dans les outcomes de santé comme la morbidité et la mortalité (Farfan-Portet et al., 2014).

Les avantages de la HAD sont nombreux, nous pouvons citer notamment un meilleur confort, un environnement social qui est conservé, une satisfaction plus importante des patients (van den Heuvel et al., 2020) et une diminution du risque d'infection (New South Wales [NSW] Health Government, 2018).

Un sondage réalisé par la Dutch Internationale Nederlanden Groep [ING] montre également que 60% des clients d'ING préfèrent « des soins hospitaliers périodiques à leur domicile ou à proximité, s'ils doivent se rendre régulièrement à l'hôpital » (Dantuma, 2020, p 7).

L'objectif de cette recherche est de déterminer les préférences des femmes enceintes dans le type d'hospitalisation durant les grossesses dites « à risque ». Identifier les préférences des patientes, s'inscrit dans le concept du « patient-centered care », qui se traduit comme « les soins centrés sur le patient ». Le patient est considéré comme autonome et coparticipant des décisions médicales. Cette démarche promeut également l'inclusion du patient dans la recherche et dans l'élaboration des politiques de santé publique (Santana et al., 2018 ; Moumjid et al., 2022).

Le lieu de recherche désigné est le Centre Hospitalier Universitaire [CHU] Saint-Pierre. Cet établissement est situé à Bruxelles, dans le cœur du quartier des Marolles. Du fait de sa situation géographique et de son statut d'hôpital public, la patientèle y est singulière et constituée en partie d'une population immigrée et socialement défavorisée. S'intéresser particulièrement aux préférences des femmes enceintes qui ont un faible niveau socio-économique rencontre l'objectif de recherche qui est le « patient-centered care ».

Cadre théorique

I. Grossesse à risque

La grossesse à risque ou grossesse pathologique est une grossesse qui présente un risque de complication fœtale, maternelle ou obstétricale (HAS, 2009). Le terme « risque », se définit comme « un danger éventuel, plus ou moins prévisible, inhérent à une situation ou une activité » (Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales [CNRTL], 2012). Il induit le concept d'une possibilité qu'un événement donné se produise (Larousse, s.d.). « La pratique de la médecine est très souvent, un ensemble de prises de décisions dans l'incertitude. Décider, c'est

choisir, et en médecine, c'est choisir souvent entre deux probables, entre deux risques » (Alexander et al., 2022, p. 30).

On peut opposer la grossesse à risque à la grossesse à bas risque, elle se définit comme « l'absence d'un ou plusieurs facteurs de risque ayant des issues de santé défavorables pour la mère et/ ou son enfant. Ce diagnostic par exclusion permet de distinguer une grossesse normale ou à bas risque d'une grossesse à haut risque » (Alexander et al., 2022, p. 93). La grossesse à bas risque concerne 80% des grossesses (HAS, 2009). Le suivi médical de la femme enceinte a pour mission de « repérer, évaluer le risque maternel et/ou foetal afin de prévenir, dépister, diagnostiquer, suivre, orienter et prendre en charge au mieux les situations à risque tant médicales, que psychologiques ou sociales » (HAS, 2009, p 28). Dans le cadre des grossesses dites « à bas risque », le KCE, en 2019, préconise un minimum de 7 consultations prénatales chez les multipares et 10 chez les primipares (Benahmed et al., 2019).

Il n'existe pas de consensus dans la littérature concernant une liste exhaustive de facteurs dont la présence impliquerait la catégorisation de la grossesse comme étant « à risque ». Ces facteurs peuvent être à la fois médicaux mais aussi psychosociaux (Alexander et al., 2022 ; Van Parys A-S et al, 2008). Le KCE estime que 9.6% des femmes enceintes nécessiteraient des soins spécifiques dans ce cadre (Van Parys A-S et al, 2008). La HAS, dans un guideline publié en 2016, a élaboré une liste de facteurs de risque. Elle recommande de mettre en place un trajet de soins en fonction du ou des risques détecté(s) durant les consultations prénatales.

Certains facteurs sont préexistants à la grossesse (HAS, 2016, p. 6-7) :

- « Les facteurs de risque généraux, dont les antécédents familiaux, les facteurs sociaux et environnementaux » comme l'âge, le poids, les pathologies génétiques ou encore le statut socio-économique.
- « Les toxiques » comme l'alcool, les produits stupéfiants ou le tabac.
- « Les antécédents personnels préexistants, gynécologiques ou non » comme le diabète.
- « Les antécédents personnels liés à une grossesse précédente » comme un antécédent d'accouchement prématuré.

Certains facteurs, quant à eux, sont découverts durant la grossesse (HAS, 2016, p. 6-7) :

- « Les facteurs de risque médicaux » comme le diabète gestationnel ou l'hypertension.
- « Les maladies infectieuses » comme la toxoplasmose.

- « Les facteurs de risque gynécologiques et obstétricaux » comme une grossesse gémellaire ou un retard de croissance fœtal.

Actuellement, d'un point de vue médical, il est difficile d'avoir une grossesse considérée « à bas risque » notamment à cause de l'augmentation des comorbidités comme l'âge maternel, le contexte de migration et la précarité grandissante (Alexander et al., 2022).

La prise en charge adéquate d'une grossesse à risque est recommandée, et ce, pour plusieurs raisons. Tout d'abord, il y a une augmentation de la mortalité et morbidité néonatale notamment à cause de la prématurité engendrée par ces grossesses (WHO, 2015). A Bruxelles, en 2020, le taux de naissances prématurées représentait 7.2 % des accouchements (Van Leeuw & Leroy C., 2020). En Europe, il varie de 6 à 12% en fonction des pays (Euro-Peristat Projet, 2018). La prématurité n'est pas sans conséquence pour le nouveau-né, au plus l'âge gestationnel est faible à la naissance au plus l'enfant aura des risques de développer des dysfonctionnements médicaux et sociaux à l'âge adulte (Moster et al, 2008). Ensuite, les grossesses à risque ont un impact sur la santé maternelle. Mondialement, le nombre annuel de décès maternels à la suite de complications survenant durant la grossesse et l'accouchement est de 303 000, la majorité se situant dans les pays à faibles ou moyens revenus. Une des principales causes de mortalité durant la grossesse citée par l'Organisation Mondiale de la Santé [OMS] est l'hypertension (WHO, 2019). En Belgique, le ratio de mortalité est de 6.2 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (Statbel, 2022).

La prise en charge, c'est-à-dire la surveillance, les soins et les traitements de ces grossesses particulières varient en fonction des risques présents, de leurs évolutions et de l'état de santé fœto-maternel. La gestion d'un ou plusieurs risques détectés se réalise par une plus grande surveillance aux moyens de consultations prénatales plus fréquentes et d'exams complémentaires comme l'échographie, la prise de sang ou les analyses urinaires (Alexander et al., 2022). Pour le traitement de ces grossesses, le médecin peut prescrire du repos et un traitement médicamenteux à domicile. Dans certains cas, le médecin jugera qu'une hospitalisation est nécessaire pour surveiller et traiter plus intensivement certaines pathologies comme la prééclampsie ou la cholestase gravidique (Cliniques universitaires Saint-Luc, s. d.).

Nous pouvons également souligner que le diagnostic de grossesse à risque peut impacter psychologiquement les patientes. Lors d'études qualitatives, certaines femmes ont exprimé un sentiment d'angoisse, d'impuissance et de tristesse (Kent, 2015). Certaines parlent d'incertitude

quant au devenir de leur grossesse ainsi qu'un sentiment de culpabilité, pour ne pas avoir su « protéger » leur futur bébé (Thuét, 2019).

II. Pratiques de prise en charge hospitalières existantes

1. L'hospitalisation classique

1.1 L'hospitalisation générale

Plusieurs lois et arrêtés royaux réglementent l'organisation, la structure et le financement des établissements hospitaliers en Belgique (Hallet, 2022).

Dans la loi du 13 mars 1985 sur les hôpitaux, ceux-ci sont définis comme des « établissements de soins de santé où des examens et/ou des traitements spécifiques de médecine spécialisée, relevant de la médecine, de la chirurgie et éventuellement de l'obstétrique, peuvent être effectués ou appliqués à tout moment dans un contexte pluridisciplinaire, dans les conditions de soins et dans le cadre médical, médico-technique, paramédical et logistique requis et approprié, pour ou à des patients qui y sont admis et peuvent y séjourner parce que leur état de santé exige cet ensemble de soins afin de traiter ou de soulager la maladie, de rétablir ou d'améliorer l'état de santé ou de stabiliser les lésions dans les plus brefs délais ». Dans un établissement hospitalier, le patient bénéficie de soins et, si nécessaire, de l'hébergement. Une présence paramédicale et médicale y est assurée 24h/24 (Hallet, 2022).

Les sources de financement des hôpitaux sont principalement le Budget des Moyens Financiers [BMF], les honoraires médicaux et les produits de pharmacie (Dehaspe, 2022).

1.2 L'hospitalisation pour une grossesse à risque

En Belgique, il existe une législation concernant les lits de grossesse à risque, aussi appelés Maternal Intensive Care [MIC], traduit de l'anglais comme « soins maternels intensifs ». L'arrêté royal de 1996 réglemente l'organisation et le financement de ces lits. Leur objectif est situé entre les soins de base fournis par une unité générale et les soins invasifs dispensés dans une unité de soins intensifs. Il consiste en la prise en charge des patientes avec une grossesse dite « à risque » ainsi que les patientes requérant des soins plus spécifiques après leur accouchement. L'arrêté royal ne mentionne pas formellement les objectifs à atteindre, ce qui a pour conséquence une grande hétérogénéité des pratiques que l'on peut constater, notamment,

par les critères d'admission ou le taux d'occupation des lits, qui varient d'un établissement à l'autre. Il accorde également un financement supplémentaire aux maternités contenant des lits MIC. Il a pour but de renforcer le personnel composé de sages-femmes spécialisées. 17 maternités sur 106 disposent de tels lits, assurant la fonction de centre de référence pour 5000 naissances. Ceux-ci, majoritairement situés dans les grandes villes, n'ont pas une bonne accessibilité géographique. Seulement 40% des femmes présentant une grossesse à risque y sont admises. Les établissements ayant des lits MIC ont également des lits de néonatalogie intensive, traduit en anglais par « neonatal intensive care » [NIC] (Van Parys et al, 2008).

La littérature montre qu'il n'existe pas de structure semblable au lit MIC dans les autres pays développés, même s'ils possèdent tous des centres de référence dédiés à la prise en charge des grossesses à risque (Van Parys et al, 2008).

Comme mentionné supra, l'hospitalisation peut s'avérer nécessaire afin de réaliser une surveillance plus rapprochée ou de traiter l'apparition d'éventuelles complications (INSPQ, s. d.). La durée de séjour est variable, elle va de quelques jours à plusieurs semaines. A l'hôpital, la femme enceinte bénéficie d'une surveillance par le biais d'une prise de paramètres régulière, de monitorings fœtaux et d'examen complémentaires comme la prise de sang ou l'échographie. Un traitement pourra notamment être administré par voie intraveineuse ou orale, à la demande du médecin (De Nayer, 2018). Tous les établissements hospitaliers ne disposent pas de l'infrastructure suffisante pour accueillir un enfant né avant 32 semaines de grossesse. En cas de menace d'accouchement prématuré avant ce délai, la future mère devra être transférée dans un établissement disposant des services NIC et MIC. Si le transfert est impossible, il devra être réalisé dans les premières heures de vie de l'enfant (Van Parys et al, 2008).

Le vécu de l'hospitalisation durant la grossesse à risque a été étudié par plusieurs revues qualitatives. Les études rapportent différents éléments. Tout d'abord, les patientes regrettent un manque d'intimité surtout lors d'hospitalisation en chambre commune (van den Heuvel et al, 2020 ; Kent et al, 2015), même si certaines mentionnent la possibilité de soutien provenant de la patiente qui partage leur chambre (van den Heuvel et al, 2020). Elles déplorent également un manque de soutien social et familial qui peut causer un sentiment de solitude et d'isolement (Kent et al, 2015 ; van den Heuvel et al, 2020 ; Thuet, 2019). A cela s'ajoute un sentiment de stress provoqué par les multiples trajets, chronophages et coûteux, réalisés par leur partenaire ou leur(e) accompagnant(e) pour lui rendre visite (van den Heuvel et al., 2020).

Avec les soins et l'environnement de l'hôpital, les patientes n'ont pas de contrôle sur leurs activités comme le repos ou l'interaction sociale (Kent et al, 2015). Les changements multiples de personnel soignant causent un manque de repères chez les patientes, qui doivent continuellement s'adapter aux nouveaux intervenants (Thuet, 2019). Concernant l'hébergement, elles déplorent un manque de confort lié à la nourriture ou la literie (van den Heuvel et al, 2020).

Gourounti et al. (2015) mentionnent un taux de dépression allant de 18 à 58% chez les femmes hospitalisées dans le cadre d'une grossesse à risque, ce chiffre diminuant à mesure que la grossesse avance et que les risques se réduisent pour le futur bébé. Malgré tout, les études soulignent que les patientes décrivent un sentiment de sécurité procuré par leur simple présence à l'hôpital (van den Heuvel et al., 2020 ; Thuet, 2019).

2. L'hospitalisation à domicile

2.1 L'hospitalisation à domicile

A. Définition

« L'hospitalisation à domicile [HAD] consiste à délivrer au domicile du patient des soins qui, autrement, ne pourraient être délivrés qu'à l'hôpital » (Farfan-Portet M-I et al., 2014).

La HAD diffère d'un séjour hospitalier car le service de soins n'héberge pas le patient et ne fournit pas les mêmes services humains et techniques. Elle est constituée d'un projet de soin global incluant la dimension médicale, soignante et psycho-sociale (HAS, 2011). Elle permet de fournir des soins centrés sur le patient dans son propre environnement avec la création de plans de soins individualisés (Byrne et al., 2020). Elle peut être mise en place chez tout type de patient, sans restriction concernant l'âge, le sexe ou la pathologie (Farfan-Portet et al., 2014).

Depuis plusieurs années, la technologie s'est développée dans le domaine de la santé, notamment dans le suivi à distance des patients à domicile. La télésurveillance ou télémonitoring est un outil qui peut être utilisé dans le cadre de la HAD. Elle se définit comme « une intervention qui vise à surveiller l'état de santé des malades en-dehors de l'hôpital en monitorant certains paramètres et/ou en posant certaines questions. Les données ainsi recueillies sont transmises sous forme électronique aux prestataires de soins qui se chargent de suivre l'état de santé du patient « à distance » et de décider des éventuelles actions à entreprendre » (Cornelis et al., 2022, p 6.).

B. Situation en Belgique :

Actuellement, la Belgique ne dispose pas de législation pour réglementer la HAD, malgré la création ces dernières années de quelques projets pilotes.

En 2015, le gouvernement a établi une nouvelle réforme de financement des établissements hospitaliers, l'objectif étant une gestion optimisée des budgets attribués à la santé. Un des axes de travail de cette réforme a été la diminution de la durée de séjour des hospitalisations s'accompagnant notamment d'une piste de solution : la HAD (Service Public Fédéral [SPF] Santé, 2021). Le KCE, après avoir analysé la littérature internationale, a recommandé sa mise en place par des projets pilotes, une généralisation de prime abord n'étant pas souhaitable pour le système de santé belge (Farfan-Portet et al., 2014).

De 2018 à 2020, 12 projets pilotes de la HAD comprenant 35 hôpitaux ont été mis en place pour la prise en charge d'antibiothérapie et de traitements oncologiques. Une convention déterminant leur financement et leur organisation a été signée par les différentes parties prenantes. A la suite de ces projets, un groupe de travail a été créé par l'INAMI, le SPF Santé Publique et l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé [AFMPS] afin de discuter d'une législation encadrant la pratique de la HAD ainsi que son financement (Smeets, 2021).

Fin 2020, lors de la crise sanitaire du covid-19, l'INAMI a signé une convention pour soutenir 12 autres projets pilotes. Afin de désengorger les hôpitaux submergés par le nombre d'admissions, une surveillance à distance des patients a été organisée grâce au télémonitoring. Le KCE (2022) n'a pas pu conclure sur la qualité et l'efficacité de ces initiatives à cause de l'hétérogénéité des prises en charge et de l'absence de groupe contrôle dans la majorité des projets (Cornelis et al., 2022).

C. La HAD à l'étranger

La Belgique ne disposant pas de législation portant sur la HAD, la littérature concernant l'organisation et la réglementation de la pratique dans d'autres pays a été recherchée. Des données ont été trouvées concernant l'Australie, qui est pionnière dans l'hospitalisation à domicile, ainsi que la France, l'Espagne, le Royaume-Uni et les Pays-Bas.

Concernant la réglementation de cette pratique de soins, la littérature rapporte que les pays cités ci-dessus disposent tous d'une législation, néanmoins elle varie fortement d'une juridiction à l'autre. Excepté la France, qui a créé une législation spécifique, les autres pays se sont basés

sur les lois existantes pour l'encadrer. En Ecosse, la législation a la particularité de reconnaître l'importance des aidants pour le patient et son bien-être (Byrne et al., 2020).

L'offre de soins est très variable d'un pays à l'autre. Des variations s'observent également au sein même d'un pays. Cette pratique a démarré par une démarche bottom-up, avec des projets pilotes lancés par les acteurs de terrain. Elle peut être organisée soit par une structure communautaire externe comme aux Pays-Bas ou au Royaume-Uni, soit être coordonnée par l'hôpital comme en Australie et en Espagne. En France, les structures peuvent être attachées à un établissement hospitalier ou autonomes mais elles doivent répondre aux mêmes normes de sécurité et de qualité que les hôpitaux (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2022).

La prise en charge est toujours multidisciplinaire. Les équipes se composent, la plupart du temps, de médecins, d'infirmières générales ou spécialisées, de pharmaciens et de professionnels paramédicaux (Byrne et al., 2020). Il existe des programmes de la HAD dits « généralistes », qui s'occupent de plusieurs pathologies, et des programmes dits « spécialistes », qui sont une extension d'une unité hospitalière spécifique (Farfan-Portet et al., 2014).

En France, on peut souligner que le concept de « domicile » peut être vaste puisqu'il concerne aussi bien une habitation personnelle que des structures d'hébergement collectif (HAS, 2011). En Australie, dans la même optique, les soins peuvent avoir lieu dans des cliniques ambulatoires, des écoles ou sur le lieu de travail (Farfan-Portet et al., 2014).

Le financement des structures de la HAD est variable d'un pays à l'autre selon le mode de paiement des hôpitaux et des prestataires de soins (Farfan-Portet et al., 2014).

Les gouvernements des pays mentionnés ont pour ambition d'augmenter la pratique de la HAD dans les prochaines années (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2021 ; Byrne et al., 2020). L'objectif politique est de pouvoir couvrir l'entièreté de la population de ces pays, chaque service de la HAD doit donc couvrir une région géographique (Farfan-Portet et al., 2014).

D. Sécurité

Plusieurs études, dont le rapport du KCE, soulignent la sécurité de la HAD. La littérature scientifique démontre qu'il n'y a pas de différence significative dans le taux de complications et de mortalité si on compare une prise en charge en HAD avec une hospitalisation classique (Farfan-Portet et al., 2014 ; Queensland government, 2017 ; Byrne et al., 2020).

De plus, la HAD constitue une réelle plus-value pour certaines catégories de patients comme le patient âgé (Byrne et al., 2020).

E. Avantages et inconvénients

Plusieurs avantages sont mentionnés dans la littérature. En ce qui concerne le patient, une réduction des complications liées à l'hospitalisation est constatée comme les infections nosocomiales ou la diminution de l'autonomie (NSW Health Government, 2018 ; Byrne et al., 2020). La littérature rapporte également une plus grande rapidité dans l'accès aux services sociaux, la prise en charge étant médicale mais également sociale (Byrne et al., 2020). De plus, la présence d'un service de la HAD, offre au patient l'opportunité de choisir son lieu de soin (NSW Health Government, 2018).

Une satisfaction de travailler au sein d'une telle structure est rapportée par les soignants (Hernández et al., 2018).

Pour le système de santé, les avantages se situent dans la gestion des hôpitaux avec une diminution du nombre d'admissions (van den Heuvel et al, 2020), une meilleure utilisation de la capacité des lits (Scherler et al., 2022) et une durée de séjour réduite (Byrne et al., 2020).

Au niveau des inconvénients, Scherler et al., (2022) souligne qu'un bilan psycho-médico-social préalable à la HAD est indispensable, ce qui a pour conséquence que seuls les patients ayant un bilan positif peuvent prétendre à cette offre de soin.

F. Coût

Plusieurs études ont exposé un coût moindre de la HAD par rapport à l'hospitalisation classique (Hernández et al., 2018 ; Levine et al., 2018 ; Goossens et al., 2020). En France, en 2011, une étude du Ministère de la Santé et de la Solidarité a estimé une économie de 198 euros / jour dans le cas d'une prise en charge en HAD par rapport à une hospitalisation traditionnelle. Néanmoins, d'autres recherches ont démontré que les évaluations du coût ne reprenaient généralement pas la globalité de ceux-ci et avaient donc tendance à les sous-estimer. Par exemple, le coût qui est imputé à l'aidant du patient n'est généralement pas pris en compte. Par conséquent, une évaluation holistique est recommandée dans les futures études (Byrne et al., 2020 ; Goossens et al., 2020).

En ce qui concerne le monitoring à distance ou « télésurveillance », toutes pathologies confondues, cette méthode permettrait une diminution des coûts des soins hospitaliers de 10%

ou presque 3 milliards d'euros par an aux Pays-Bas et jusqu'à 50 milliards en Europe. (Dantuma, 2020).

G. Défis pour le système de santé

Lorsqu'un système de santé veut proposer cette offre de soins, plusieurs éléments doivent être réfléchis en amont. Une législation doit être élaborée, elle régit la protection des données du patient, les responsabilités et les tâches attribuées à chaque professionnel ainsi qu'un système de facturation rentable. Pour organiser une prise en charge de qualité, un personnel médical suffisant qui adhère au projet doit être disponible. Un service avec HAD nécessite une quantité de professionnels plus importante qu'un service avec hospitalisation classique (Byrne et al., 2020 ; Scherler et al., 2022). Il est essentiel d'instaurer une collaboration efficace entre le personnel hospitalier et celui qui est chargé des soins (Scherler et al., 2022), ce rôle est assuré par un coordinateur présent au sein des structures de la HAD (Farfan-Portet et al., 2014). Enfin, la HAD se doit de garantir une continuité et une prise en charge permanente de ses patients (Farfan-Portet et al., 2014). Une procédure de transfert en urgence doit être planifiée vers une structure hospitalière référente (HAS, 2011).

2.2 L'hospitalisation à domicile pendant la grossesse

A. Définition

Les indications de la HAD en obstétrique sont multiples et les protocoles de prise en charge varient en fonction du pays ou de l'hôpital de référence (HAS, 2011 ; van den Heuvel et al, 2020). Des recherches ont montré que plusieurs pays disposent de programmes de la HAD durant la grossesse à risque notamment la France, le Danemark ou les Pays-Bas (HAS, 2011 ; van den Heuvel et al, 2020 ; Zizzo, 2021).

Le télémonitoring est un outil qui est également utilisé pour la prise en charge d'une grossesse à risque. Il se définit comme « le suivi quotidien de la grossesse à l'aide d'appareils utilisés par les femmes enceintes à domicile en l'absence du personnel hospitalier » (van den Heuvel et al, 2020, p.4). Les paramètres maternels, comme la tension artérielle, ainsi que le monitoring fœtal, sont récoltés par la patiente elle-même. En conséquence, sa collaboration et son éducation sont essentielles. Ensuite, grâce à des outils de communication en ligne, les données collectées sont transmises au professionnel de santé, qui les analyse à distance. Il contacte ensuite la patiente

pour lui faire part de ses résultats et des directives médicales éventuelles. Ce système de surveillance à distance permet d'éviter le passage du soignant qui est coûteux et chronophage, il présenterait les mêmes avantages que la HAD sans télémonitoring (van den Heuvel, Teunis et al., 2020).

B. Conditions

Lorsqu'un service avec HAD est présent, outre les indications médicales, la littérature recommande aux professionnels de vérifier le respect d'autres conditions avant sa mise en place. Le domicile de la patiente doit se trouver dans un périmètre géographique proche de l'hôpital (HAS, 2011 ; van de Heuvel et al., 2020), une visite préalable doit y être effectuée afin de vérifier la présence d'un minimum d'installation et de confort comme l'électricité et le téléphone (Queensland Government, 2016 ; HAS, 2011). De plus, il est primordial de réaliser un bilan social car la présence d'un entourage est nécessaire pour aider et soutenir la patiente. Enfin, la prise en charge en HAD est soumise à un contrat signé par les deux parties, ce qui sous-entend que la patiente et/ ou l'entourage doit comprendre et adhérer au protocole de soins établi (HAS, 2011).

C. Sécurité

L'hospitalisation à domicile pendant la grossesse à risque est perçue comme une pratique sûre (Harrison et al, 2001). Les outcomes mesurés, comme l'Apgar à la naissance, le taux d'admission au centre néonatal, l'âge gestationnel à la naissance ou le taux de césarienne ne sont pas significativement différents ($p > 0.05$) entre la HAD et une hospitalisation classique (Salvador et al, 2003 ; Goulet et al, 2001). Rath et al. (2021) l'a confirmé avec une revue systématique portant sur la prise en charge des femmes enceintes ayant une rupture prématurée de la poche des eaux.

Zizzo et al. (2021) a aussi démontré la sécurité du télémonitoring comme une option de la HAD pour les femmes présentant une grossesse à risque. Dans son étude menée sur 400 femmes au Danemark, aucune différence au niveau des outcomes de santé n'est constatée entre la prise en charge à l'hôpital et celle à distance.

D. Avantages

La littérature fait état d'avantages d'une prise en charge en HAD. Les patientes soignées dans leur environnement de vie, rapportent un meilleur confort ainsi qu'une diminution du stress

grâce à la suppression des trajets effectués par leur partenaire ou leur(e) accompagnant(e) pour se rendre à l'hôpital (van den Heuvel et al, 2020). De plus, elles mentionnent une augmentation de leur autonomie. Exceptée les heures de visite de la sage-femme, elles peuvent décider du déroulement de leurs journées (van den Heuvel et al, 2020). Aussi, si on compare la satisfaction des patientes soignées à l'hôpital par rapport à celles soignées à domicile, le taux de satisfaction est plus important à domicile (van den Heuvel et al., 2020), néanmoins cette plus-value est biaisée par le fait que ce sont les patientes qui font le choix d'une prise en charge en HAD (Farfan-Portet et al., 2014). Finalement, van den Heuvel et al. (2020) mentionne une diminution de la surmédicalisation de la grossesse lors d'une telle prise en charge.

E. Inconvénients

La littérature fait état d'inconvénients pour les patientes lors d'une HAD. L'organisation familiale n'est pas toujours aisée, la patiente doit être au repos, elle ne peut donc pas réaliser toutes les tâches qu'elle effectuait auparavant (Rozenberg, 2014). Dès lors, la HAD nécessite une mobilisation de l'entourage social. Les femmes rapportent également un sentiment d'anxiété lorsqu'elles doivent revenir à l'hôpital pour réaliser des examens complémentaires (van den Heuvel et al, 2020). Selon l'étude de Gourounti et al (2015), les taux de dépression et d'anxiété chez les femmes enceintes sont similaires dans les deux types de prises en charge. Cela peut notamment s'expliquer par l'impact du diagnostic de grossesse à risque sur la santé psychique maternelle (Kent, 2015).

Dans le cadre d'un télémonitoring, certaines patientes rapportent une appréhension à effectuer la prise de paramètres de manière autonome. Les contraintes spécifiques à cette méthode sont principalement les problèmes techniques associés à l'utilisation de ces nouveaux outils (van den Heuvel et al., 2020).

F. Coût

Les auteurs abordent une possible diminution ou une similarité du coût dans le cadre de la HAD durant la grossesse (Salvador et al., 2003 ; Harrison et al, 2001). Au Danemark, selon un rapport du Ministère Danois de la Santé, le développement du télémonitoring durant la grossesse serait rentable avec une économie nette de 18 millions de couronnes danoises sur une durée de 5 ans. Cette prise en charge permet une réduction du coût de 40 à 50% si on la compare avec une prise en charge hospitalière classique (Zizzo et al., 2021).

III. Patient-centered care

Le « patient-centered care » se traduit comme « les soins centrés sur le patient », il a été décrit pour la première fois en 1969 par Edith Balint. Selon elle, il y a deux modes de raisonnement en médecine, « la médecine centrée sur la pathologie » et « la médecine centrée sur le patient ». Elle définit ce dernier comme le fait de « comprendre le patient comme un être humain unique », c'est-à-dire le considérer dans sa globalité (Balint, 1969, p.1). Son article est un plaidoyer pour l'ouverture de la médecine à cette nouvelle manière de penser. En 2001, ce concept a été reconnu comme base incontournable de la qualité des soins et de la sécurité des patients par le Comité de l'Institut de Médecine aux Etats-Unis (Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, 2001).

Depuis, il a longuement été décrit dans la littérature avec plusieurs termes comme « les soins centrés sur la famille » ou encore les « soins centrés sur la relation » (Santana et al., 2018). Santana et al. (2018) préfère l'aborder comme « les soins centrés sur la personne ». L'objectif étant de ne pas limiter le patient à sa pathologie ou à ses symptômes. La notion de « personne » permet de considérer le patient dans son intégralité, dans sa dimension globale psycho-médico-sociale, ce qui comprend son contexte de vie mais également ses préférences et ses croyances. Il est considéré comme autonome et participant à part entière dans le processus de décision médicale. Cette démarche a pour fondement la co-construction avec le patient, plutôt que le « faire pour ». Ce qui implique, au préalable, une information, un respect et un espace d'expression (Santana et al., 2018 ; Moumjid et al., 2022). Cette personnalisation du suivi permet l'autonomisation du patient. Il y a une réelle complémentarité entre le savoir du médecin et l'expérience du patient (HAS, s. d.).

Plusieurs avantages sont mentionnés dans la littérature comme une plus grande satisfaction des patients, un style de vie plus sain, des meilleurs outcomes de santé comme la pression sanguine ainsi qu'un recours moins important aux services de santé (Health Innovation Network South London, s.d.).

Plusieurs juridictions ont inscrit le concept comme priorité pour le secteur de santé (Santana et al., 2018). En Belgique, la « Loi relative aux droits du patient » du 22 août 2002 insiste sur l'information du patient, son autonomie dans la prise de décision ainsi que l'importance du consentement éclairé. Cette démarche est également encouragée par le KCE et l'Agence wallonne pour une Vie de Qualité (AViQ) (Mediaplanet Belgique, 2019 ; Devos et al., 2019). L'OMS promeut également dans ses recommandations la mise en place de services de santé

centrés sur la personne, prenant en compte les préférences des communautés, des familles et des individus. Néanmoins, l'OMS souligne qu'il n'existe pas de modèle unique de système de santé centré sur les personnes, cette démarche doit être considérée comme un objectif à atteindre (Toro, 2015). La déclaration de Rio encourage la participation des citoyens dans la création de politiques de santé publique (WHO, 2011). Aussi, Moumijd et al. (2022) souligne également l'importance de l'intégration du patient dans le processus de recherche.

Dans le cadre de la grossesse, l'OMS ajoute que chaque femme devrait pouvoir vivre sa grossesse comme une expérience positive, celle-ci étant définie comme « la préservation de l'intégrité physique et socioculturelle, vivre une grossesse saine pour la mère et l'enfant (notamment par la prévention et la prise en charge des risques, des maladies et des décès), bien vivre le travail et l'accouchement et avoir une maternité heureuse (concept couvrant notamment la confiance en soi, la compétence et l'autonomie des mères) » (WHO, 2016, p 11). Alexander et al (2022) confirme l'importance des soins obstétricaux centrés sur la patiente, et ce en particulier dans un contexte de multiculturalité. Dans ce contexte, il est primordial de comprendre les représentations des patientes, de pouvoir les informer en tenant compte de leur niveau de littératie en santé et de respecter leurs croyances et leurs préférences.

IV. Questions de recherche

L'objectif de ce mémoire consiste à identifier les préférences des femmes enceintes concernant leur prise en charge dans le cadre d'une grossesse à risque, à savoir l'hospitalisation classique ou l'hospitalisation à domicile. La patientèle consultant au CHU Saint-Pierre est multiculturelle et en partie issue de milieux socialement défavorisés. Déterminer les préférences des patientes issues de différents niveaux socio-économiques s'inscrit dans le concept du « patient-centered care ».

Les questions de recherche sont :

- Quelles sont les préférences des femmes enceintes concernant le type d'hospitalisation dans le cadre d'une grossesse à risque ?
- Quelles sont les associations entre les caractéristiques socio-démographiques des femmes enceintes et leurs préférences concernant le type d'hospitalisation dans le cadre d'une grossesse à risque ?

Méthodologie

La méthodologie choisie est l'expérimentation à choix discrets, traduit en anglais par *Discrete Choice Experiment* (DCE), largement utilisée dans divers domaines économiques (économie de la santé, économie environnementale, etc.). Cette méthode permet d'identifier les préférences des individus, c'est-à-dire de déterminer les choix sur lesquels se porteraient les individus afin de maximiser leur bien-être et leur qualité de vie, et donc, leur "utilité" en les interrogeant dans un contexte expérimental hypothétique (Unisanté Centre de médecine générale et santé publique, Lausanne, 2023).

I. Les attributs et les niveaux

Dans une expérimentation à choix discrets (DCE), le participant, après avoir pris connaissance d'une situation fictive, doit choisir entre minimum deux options. Ces options possèdent plusieurs caractéristiques, ce sont les attributs. Chaque attribut est composé de différentes valeurs fluctuantes selon les options, ce sont les niveaux. Le DCE « permet d'identifier l'influence des différentes caractéristiques dans la prise de décision » (Unisanté Centre de médecine générale et santé publique, Lausanne, 2023).

Les différents attributs et niveaux ont été sélectionnés à partir d'une revue de la littérature, effectuée sur les bases de données bibliographiques PubMed, Google Scholar et Embase, sur base de combinaisons des mots clefs [Discrete choice experiment], [High Risk Pregnancy], [Pregnancy], [Choice Behavior], [Home Care Services], [Patient Preference], [Hospitalization].

Aucune étude utilisant une expérimentation à choix discrets dans le cadre de préférences en termes d'hospitalisations pour les grossesses à risque n'a pu être identifiée. Néanmoins, cinq expérimentations à choix discrets pertinentes ont été sélectionnées, trois d'entre elles avaient pour objectif d'identifier des préférences pour les soins à domicile (Dixon et al., 2013 ; Goossens et al., 2014 ; Lehnert et al., 2018) et deux autres portaient sur les préférences concernant le lieu de prise en charge dans le cadre d'une naissance (Fletcher et al., 2019) ou d'un déclenchement de l'accouchement (Howard et al., 2014).

Parmi ces études, un total de 20 attributs a été considéré. Nous avons retenu quatre attributs parmi les 20 identifiés : (1) le lieu de prise en charge, (2) la fréquence des visites effectuées par la sage-femme, (3) le type de contact avec une sage-femme en cas d'urgence et (4) la continuité des soins. Pour chacun de ces attributs, 2 niveaux ont été définis pour chacune des deux options

de prise en charge, l'option A, « L'hospitalisation classique », et l'option B, « L'hospitalisation à domicile », à partir d'un projet de protocole pour la HAD rédigé par l'équipe obstétricale du CHU Saint-Pierre.

Attribut 1 : Le lieu de prise en charge (Dixon et al., 2013 ; Howard et al., 2014) a été identifié comme attribut parce que choisir son lieu de prise en charge est une plus-value pour le patient hospitalisé (NSW Health Government, 2018). Le lieu de prise en charge influence les contacts sociaux que les patientes peuvent avoir (van den Heuvel, 2020). Ainsi nous considérons dans le cas de l'option A « Prise en charge à l'hôpital et une fréquence des visites limitée » et dans le cadre de l'option B « Prise en charge à domicile et une autonomie des contacts sociaux ».

Attribut 2 : La fréquence des visites à domicile effectuées par la sage-femme (Dixon et al., 2013 ; Goossens et al., 2014) a été sélectionnée car la fréquence des passages est plus importante à l'hôpital où le personnel est présent en permanence contrairement au domicile. Ainsi, deux niveaux ont été retenus. Dans le cas de l'option A, « un minimum de 3 visites par jour », puisque dans le service MIC du CHU Saint-Pierre, un minimum de 3 passages par jour est réalisé par les sage-femmes afin d'effectuer une prise de paramètres, une anamnèse, des monitorings fœtaux ainsi qu'administrer les médications. Dans le cadre de l'option B, « un maximum de trois visites par semaine en fonction de la nécessité médicale », selon la recommandation de la HAS (2011) concernant la HAD durant la grossesse à risque.

Attribut 3 : Le type de contact en cas d'urgence (Howard et al., 2014) a également été identifié car c'est un critère qui diffère dans les deux types de prise en charge. La HAS (2011) recommande la mise en place d'un protocole de transfert en urgence pour les programmes de la HAD. Ainsi, nous considérons dans le cadre de l'option A, un « Premier contact avec une sage-femme en présentiel », en effet, le personnel à l'hôpital est présent en permanence sur place. Concernant l'option B, nous considérons un « Premier contact téléphonique avec une sage-femme et une prise en charge en présentiel si elle est jugée nécessaire », selon le projet écrit par le l'équipe d'obstétrique du CHU Saint-Pierre. La patiente à domicile disposera du numéro de téléphone de la sage-femme effectuant les soins la journée. La nuit, la permanence sera effectuée par les sages-femmes travaillant en salle d'accouchement, c'est-à-dire, les services d'urgences obstétricaux classiques.

Attribut 4 : La continuité des soins, c'est-à-dire, le nombre de sages-femmes impliquées dans le traitement à domicile, a été sélectionné car il est mentionné par 4 des 5 études (Goossens et al., 2014 ; Lehnert et al., 2018 ; Fletcher et al., 2019 ; Howard et al., 2014) et par une étude

qualitative réalisée par Thuet (2019). Aussi, deux niveaux ont été retenus. Dans le cas de l'option A « Plus de 6 sages-femmes différentes » : L'équipe de l'unité de grossesse à risque du CHU Saint-Pierre est composée de 15 sages-femmes qui s'alternent pour assurer des soins en permanence. Dans le cadre de l'option B « Un maximum de 6 sages-femmes différentes », cela correspond au nombre qui est initialement prévu dans le projet rédigé par le département obstétrical du CHU Saint-Pierre.

Les 4 attributs et les différents niveaux sont présentés dans le Tableau 1. L'expérimentation présente donc un ensemble de 256 possibilités ($4^2 \times 4^2$). Néanmoins, il n'est pas nécessaire de tester toutes les alternatives. Comme le recommande Kocur et al. (1982), un DCE composé de 8 sets de choix a été présenté à toutes les participantes lors de l'expérimentation.

Tableau 1 : Attributs et niveaux des hospitalisations dans le cas d'une grossesse à risque

Attributs	Niveaux	
	Hospitalisation classique	Hospitalisation à domicile
Le lieu de prise en charge	Prise en charge à l'hôpital et une fréquence des visites limitées	Prise en charge à domicile, autonomie des contacts sociaux
La fréquence des visites effectuées par la sage-femme	Minimum 3 visites par jour	Maximum trois visites par semaine en fonction de la nécessité médicale
Le type de contact avec une sage-femme en cas d'urgence	Premier contact avec une sage-femme en présentiel	Premier contact téléphonique avec une sage-femme et prise en charge en présentiel si elle est jugée nécessaire
La continuité des soins	Minimum 6 sages-femmes différentes	Un maximum de 6 sages-femmes différentes

Nous avons donc exclu 16 attributs parmi les 20 attributs identifiés dans la littérature pour différentes raisons qui sont décrites dans le tableau 2.

Tableau 2 : Attributs identifiés dans la littérature et non retenus pour décrire les préférences d'hospitalisation dans le cas d'une grossesse à risque

Attributs	Source	Justification d'exclusion
Le temps de soin par jour	Lehnert et al., 2018	Attribut qui dépend davantage de la pathologie traitée et des besoins du patient que du type de prise en charge.
Le type de prestataire	Dixon et al., 2013 ; Goossens et al., 2014	Attribut qui n'est pas pertinent car ce sont les sages-femmes qui constituent les prestataires de soin dans les deux types de prise en charge.
Le coût	Goossens et al., 2014 Lehnert et al., 2018	Attributs impossibles à évaluer à l'heure actuelle car le financement, la réglementation et l'organisation de cette pratique n'ont pas encore été déterminés en Belgique.
La charge pour l'aidant naturel	Goossens et al., 2014	
La distance et le temps entre le domicile et l'hôpital	Howard et al., 2014 Fletcher et al., 2019	Attributs qui dépendent de l'exigence de proximité géographique émise par le protocole de soin.
Sureté pour le bébé	Fletcher et al., 2019	Attributs référents à la sécurité et à la qualité de la prise en charge ont été rejetés car, comme expliqué ci-avant, la HAD est une pratique sûre et qualitative.
Qualité des soins	Lehnert et al., 2018	
Niveau de service	Lehnert et al., 2018	
Chance d'accoucher naturellement	Fletcher et al., 2019	Attributs spécifiques à une intervention qui n'est pas présente dans cette recherche.
Possibilité de recevoir des antidouleurs ou somnifères	Howard et al., 2014	
Nombre de déplacements jusqu'à l'hôpital	Howard et al., 2014	
La réputation	Fletcher et al., 2019	Attribut impliquant que l'entourage de la patiente ait déjà expérimenté les soins et les

		recommandent. Ce critère n'est pas pertinent car la HAD pendant la grossesse en Belgique ne se pratique pas actuellement.
Le risque de réadmission	Goossens et al., 2014	Attribut utilisé pour la comparaison de différentes modalités de prise en charge à domicile.
Le temps pour voir un médecin	Fletcher et al., 2019	Attribut laborieux à évaluer pour notre problématique. A l'hôpital, cela dépend de l'urgence de la situation et de la disponibilité du médecin sur place. Dans le cas de la HAD, cela sera fonction de la procédure d'urgence mise en place (HAS, 2011).

II. Design de l'expérimentation

Le design de l'expérimentation a pour but d'associer les attributs et les niveaux afin de créer les différents scénarios ou sets de choix (Bouscasse, 2015). Il a été effectué à partir d'un plan factoriel élaboré par Hahn et Shapiro (1966), le design est orthogonal ce qui signifie que les attributs ne sont pas corrélés. Au moyen d'un questionnaire, les participants sont invités à choisir entre plusieurs scénarios (composés d'attributs et de niveaux). Les choix réalisés par les participants, permettent d'identifier leurs préférences sans qu'il ne leur soit demandé de mentionner leur niveau favori pour chaque attribut (York Health Economics Consortium, 2016).

Le questionnaire se compose de deux parties, la première partie est une enquête sociodémographique. Les informations collectées sont :

- Des caractéristiques sociodémographiques : l'âge, l'origine ethnique, la cohabitation, le niveau de scolarité, le nombre d'enfants, la région de résidence, le moyen et le temps de déplacement jusqu'à l'hôpital.
- Des caractéristiques économiques : la situation professionnelle et les difficultés financières.

- Des antécédents obstétricaux : les antécédents de grossesse, de complications obstétricales, de mises au repos à domicile et d'hospitalisation.
- Des caractéristiques sociales : la présence d'une personne-ressource et le sentiment d'être entourée.

La deuxième partie est le questionnaire à choix discrets.

Une situation fictive, présentée dans la figure 1, a été préalablement soumise aux participantes pour qu'elles puissent comprendre le contexte et répondre aux questions en tenant compte de celui-ci.

Figure 1 : La situation fictive du Discrete Choice Experiment

Imaginez que vous êtes enceinte de sept mois de grossesse, vous avez un travail difficile où vous dormez peu et vous bougez beaucoup. Lors d'une consultation de contrôle, le médecin vous apprend que votre col utérin s'est légèrement modifié, il est un peu plus court que ce qu'il ne devrait être. Le médecin vous conseille d'arrêter toute activité professionnelle et de vous reposer un maximum. Pour plus de sécurité, il vous informe qu'une surveillance de vos contractions par un monitoring est nécessaire.

A la suite de cette situation, le DCE a été présenté aux participantes.

Pour chacun des choix, celles-ci ont indiqué si elles estimaient l'option de prise en charge acceptable pour elle ou non (choix binaire).

Le questionnaire a d'abord été testé lors d'un pilote sur 10 participantes, parlant le français ou l'anglais, afin de confirmer la bonne compréhension des attributs et leur pertinence. L'avis de ces participantes a été récolté par le biais d'entretiens semi-directifs et a permis d'apporter des modifications à la formulation du DCE. Les questions posées se trouvent dans la figure 2. Dans l'ensemble, les participantes ont rapporté trouver le vocabulaire des différents niveaux clair.

Figure 2 : Entretiens de la phase pilote

Voici les questions qui ont été posées :

- Avez-vous compris tous les termes utilisés dans le questionnaire ?
- Selon vous, disposez-vous des informations suffisantes pour faire vos choix ?

- Pouvez-vous relever les mots difficiles pour vous ? Et le cas échéant, pouvez-vous en proposer d'autres ?

Le questionnaire du DCE a donc été finalisé après la phase pilote. Un exemple type de question est présenté dans la figure 3.

Figure 3 : Exemple de question du Discrete Choice Experiment

<p>Vous êtes prise en charge à l'hôpital :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fréquence des visites de vos proches : limitée. - Fréquence des visites de la sage-femme : minimum 3 fois par jour. - Premier contact avec une sage-femme en cas d'urgence : téléphonique (présentiel si nécessaire). - Nombre de sages-femmes qui réalisent les soins : maximum 6 sages-femmes différentes. 	
<p>Est-ce que ce scénario est acceptable pour vous ?</p>	
Oui	Non



Le questionnaire de l'expérimentation est fourni en annexe (Annexe 1 : Le questionnaire).

III. Population cible

L'expérimentation à choix discrets a été présentée aux femmes enceintes consultant durant leur grossesse au CHU Saint-Pierre. Elle a été mise en place au sein de l'unité 205, dédiée à la consultation pré- et postnatale, située sur le site de la porte de Hal. Le CHU Saint-Pierre dispose d'un grand département d'obstétrique avec deux services de maternité de 20 lits chacun, un service de grossesse à risque comportant 10 lits et une salle d'accouchement composée de 4 lits d'accueil, 9 chambres d'accouchement et 2 salles de césarienne. Un service de néonatalogie intensive (NIC) est également présent ainsi qu'un service de néonatalogie non intensive, nommé le KOALA, ces deux services totalisent 20 lits. En 2020, 3097 accouchements ont été recensés au sein de l'hôpital (CHU Saint-Pierre, s. d.).

Les critères d'inclusion de cette étude sont : avoir un âge supérieur à 18 ans, avoir la capacité de donner un consentement libre et éclairé, savoir lire, être enceinte de plus de 12 semaines d'aménorrhée et parler le français, le néerlandais, l'anglais, l'arabe ou l'espagnol.

Le comité d'éthique a donné son aval pour cette étude le 17/01/2023, sous le numéro de dossier B0762023230103. (Annexe 3 : Avis favorable du comité d'éthique)

Notre étude s'est déroulée du 01/02/2023 au 03/03/2023. La taille attendue de l'échantillon était un minimum de 20 patientes.

IV. Récolte des données

Préalablement au questionnaire, les participantes ont reçu une fiche d'informations (Annexe 2 : Le document d'information patient et formulaire de consentement) ainsi que le formulaire de consentement dans une langue qu'elles maîtrisent. Elles ont été invitées à signer deux formulaires de consentement. L'un a été conservé par les participantes et l'autre par l'enquêtrice.

La récolte des données a été faite au moyen d'une tablette tactile, dans la salle d'attente de la consultation prénatale au CHU Saint-Pierre. La plateforme Qualtrics a été utilisée afin de soumettre le questionnaire aux patientes. Grâce à Qualtrics, les données ont été directement saisies dans un fichier de type Excel.

V. Analyse des données

Les différents tests statistiques ont été réalisés avec les logiciels SPSS et STATA. Les données ont été analysées selon une méthode univariée et une méthode multivariée.

1. Analyse univariée

Le première axe d'analyse statistique a été une analyse unilatérale des choix par patiente.

Tout d'abord, pour chaque attribut, les patientes ont été classées en 3 groupes :

- « Pour » le niveau de l'hospitalisation classique, c'est-à-dire celles qui ont répondu à chaque fois « non » aux niveaux caractérisant la HAD et au moins une fois « oui » au niveau caractérisant l'hospitalisation classique.
- « Indifférente » : Celles n'étant ni « Pour » ni « Contre »
- « Contre », celles qui ont dit à chaque fois « non » aux niveaux caractérisant l'hospitalisation classique et au moins une fois « oui » au niveau caractérisant la HAD.

Ensuite, le test de Kappa Cohen a été réalisé pour déterminer s'il existait des concordances entre les choix des niveaux au sein des attributs. En cas de résultat montrant une mauvaise concordance, le test de Mac Nemar a été effectué pour déterminer si une symétrie était présente dans la discordance entre les choix.

Enfin, le test de Khi carré de Pearson a été exécuté afin de démontrer l'existence d'une association entre les choix par attribut et les caractéristiques socio-démographiques.

2. Analyse multivariée

Chaque individu a un ensemble de choix C_n qui lui est proposé tel que $C_n = \{1, \dots, J_n\}$. Ce DCE comporte 8 sets de choix tel que $J_n = J_8$.

La fonction d'utilité individuelle correspond à : $U_{in} = V_{jn} + \epsilon_{jn}$ tel que n représente l'individu et j l'alternative. V_{jn} est la partie observable de l'utilité et ϵ_{jn} correspond au terme d'erreur.

Selon l'hypothèse de la prise de décision raisonnée, l'individu choisit l'alternative qui va maximiser son utilité parmi celles qui lui sont proposées, telle que l'alternative i est choisie si et seulement si $U_{in} = \max\{U_{i1}, U_{i2}, \dots, U_{jnn}\}$

Le choix de l'individu n est la probabilité que l'individu choisisse l'alternative i parmi l'ensemble des choix C_n , ce qui correspond également à la probabilité que l'utilité de l'individu engendrée par l'alternative i soit plus grande que celle engendrée par l'alternative j , i étant différent de j .

$$\begin{aligned}
 P_n\langle i|C_n \rangle &= P(U_{in} \geq U_{jn} \forall j \in C_n, i \neq j) \\
 &= P(V_{in} + \epsilon_{in} \geq V_{jn} + \epsilon_{jn} \forall j \in C_n, i \neq j) \\
 &= P(V_{in} - V_{jn} \geq \epsilon_{in} - \epsilon_{jn} \forall j \in C_n, i \neq j)
 \end{aligned}$$

Les termes d'erreur ϵ_j sont indépendants et identiquement distribués. Le modèle peut donc s'écrire comme ci-dessous.

$$P_n(i|C_n) = P(U_{in} \geq U_{*n}) \text{ avec } U_{*n} = V_{*n} + \epsilon_{*n}$$

Cette équation signifie que l'utilité latente de l'individu U_{*n} , que nous essayons d'estimer, est plus basse ou égale à l'utilité qu'il aurait eue s'il avait choisi l'alternative i .

Nous formulons l'hypothèse que les termes d'erreur tendent vers 0 :

$$\epsilon_{in} \sim EV(0, \mu), \epsilon_{*n} \sim EV(0, \mu) \text{ et } \epsilon_{in} \perp \epsilon_{*n}$$

Nous allons estimer notre modèle grâce au modèle logit binaire, qui a deux alternatives :

$$P_n(i|C_n) = \frac{e^{\mu V_{in}}}{e^{\mu V_{in}} + e^{\mu V_{*n}}}$$

La partie observable de l'équation d'utilité V_{jn} est composée des différents attributs ainsi que de constantes spécifiques aux alternatives, telle que :

$$V_{jn} = \beta' X_{jn} \forall j \in C_n$$

$$V_{jn} = \beta_1 \text{Attribut } 1 + \beta_2 \text{Attribut } 2 + \beta_3 \text{Attribut } 3 + \beta_4 \text{Attribut } 4 \quad \forall j \in C_n$$

L'estimation du modèle a été réalisée par une régression logistique conditionnelle groupée par individu. Grouper par individu, induit l'hypothèse d'un effet fixe μ_n sur les choix réalisés par le même individu. L'effet fixe μ_n ne sera pas estimé dans le cadre de cette recherche.

L'équation de la probabilité du choix pour un individu est telle que :

$$P(V_{jn}) = \beta_1 \text{Attribut } 1 + \beta_2 \text{Attribut } 2 + \beta_3 \text{Attribut } 3 + \beta_4 \text{Attribut } 4 + \mu_n + \epsilon_{jn} \\ \forall j \in C_n$$

Résultats

Un total de 62 femmes a été interrogées durant l'expérimentation (en incluant la phase pilote). Sur les 62 questionnaires remplis, 2 ont été exclus car les questionnaires étaient incomplets. 60 questionnaires ont donc été retenus pour l'analyse.

I. Caractéristiques socio-démographiques des participantes

1. Caractéristiques générales

Le tableau 3 présente les caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon. Les participantes ont entre 30 et 40 ans (56.7%) et entre 20 et 30 ans (36.7%), elles résident à Bruxelles (83.3%), mettent moins de 30 minutes (65%) pour se rendre à l'hôpital et utilisent essentiellement les transports en commun (70%). Elles sont d'origine africaine (48.3%) et belge (30%). Elles ont réalisé des études supérieures (50%). Elles n'ont pas d'activité professionnelle active (65%) et elles estiment rencontrer des difficultés financières intermittentes (40%) ou régulières (13.3%).

Concernant leur situation familiale, elles vivent en couple (68.4%) et elles ont déjà des enfants (68%). Elles se sentent entourées (80%) et elles ont dans leur entourage une personne qui pourrait garder leurs enfants si elles devaient être hospitalisées durant leur grossesse (80%).

Voici ci-dessous le tableau 3 : Caractéristiques générales des participantes, il contient les caractéristiques principales des participantes, le tableau détaillé se situe en Annexe 4 : Tableau complet des caractéristiques de l'échantillon et test de Khi carré de Pearson.

Tableau 3 : Caractéristiques générales des participantes

N =60 (%)	
Âge :	
- Entre 20 et 30 ans	22 (36.7)
- Entre 30 et 40 ans	34 (56.7)
- Plus de 40 ans	4 (6.7)
Pays d'origine :	
- Belgique	18 (30.0)
- Afrique	30 (50.0)
- Autre	15 (20.0)

Lieu d'habitation :	
- Bruxelles	50 (83.3)
- Flandre et Wallonie	9 (15.0)
Durée du domicile pour se rendre à l'hôpital	
- Moins de 30 min	39 (65.0)
- Plus de 30 min	21 (35.0)
Moyens de déplacement	
- En transport en commun	42 (70.0)
- En voiture	13 (21.7)
- Autre	5 (8.3)
Niveau de scolarité	
- Aucune scolarisation	2 (3.3)
- Etudes primaires	10 (16.7)
- Études secondaires	18 (30.0)
- Études supérieures	30 (50.0)
Situation professionnelle	
- Salariée et indépendante	21 (35.0)
- Élève ou étudiante	5 (8.3)
- Demandeuse d'emploi	15 (25.0)
- Sans activité professionnelle active	14 (23.3)
- Autre	5 (8.3)
Difficultés financières	
- Régulièrement	8 (13.3)
- Parfois	24 (40.0)
- Aucune	26 (43.3)
Statut du ménage	
- Vit en couple	41 (68.4)
- Vit seule	6 (10.0)
- Vit seule avec enfant(s)	12 (20.0)
- Autre	1 (1.7)
Nombre d'enfants	
- Pas d'enfant	20 (33.3)
- 1 enfant	14 (23.3)
- 2 enfants	11 (18.3)

- 3 enfants et plus	15 (25.0)
Sentiment de soutien social	
- Se sent très bien ou bien entourée	48 (80.0)
- Se sent peu ou pas entourée	12 (20.0)
Sous-groupe : Au moins 1 enfant	
N=40 (%)	
Entourage présent pour garder les enfants si hospitalisation pendant la grossesse	
- Oui	32 (80.0)
- Non	8 (20.0)

2. Antécédents obstétricaux

Concernant les antécédents obstétricaux, les participantes ont eu des grossesses avant leur grossesse actuelle (73.3%). La majorité de ces participantes déclarent ne pas avoir eu de problèmes médicaux durant celles-ci (60%). Les pathologies mentionnées par les 40.0 % restant sont le diabète gestationnel (37.5%), les fausses couches (18.7%), les problèmes de thyroïde, les vomissements, la pyélonéphrite, l'hypertension et l'accouchement prématuré. Le médecin a conseillé du repos à 9 femmes, 5 ont été contraintes d'arrêter de travailler ou de diminuer leurs activités tandis que 4 sont restées alitées à la maison. Enfin, 4 patientes ont été hospitalisées pendant leurs grossesses précédentes pour les raisons suivantes : menace d'accouchement prématuré, problème de vésicule biliaire, vomissements, infection urinaire et diabète. Le tableau 4 présente les antécédents obstétricaux (voir tableau détaillé en Annexe 5).

Tableau 4 : Les antécédents obstétricaux

N=16 (%)	
Antécédents obstétricaux	
- Diabète gestationnel	6 (37.5)
- Fausses couches	3 (18.7)
- Autre	7 (43.8)
Mise au repos	
- Arrêt de travail ou réduction d'activités	5 (31.3)
- Repos au lit à domicile	4 (25.0)

- Non	7 (43.7)
Hospitalisation	
- Oui	4 (25.0)
- Non	12 (75.0)

Afin de déterminer si l'échantillon analysé est représentatif de la population de femmes enceintes consultant au CHU Saint-Pierre, des statistiques descriptives ont été réalisées sur une base de données de 2019, fournie par l'établissement (Annexe 6 : Caractéristiques socio-démographiques des femmes consultant au CHU Saint-Pierre). 3157 accouchements ont eu lieu en 2019. Après exclusion des patientes suivies à l'extérieur, les statistiques ont été réalisées sur 2422 patientes. Certaines données sont manquantes en particulier concernant le niveau de scolarité, la situation professionnelle et la vie en ménage. Au niveau de l'âge, les catégories les plus représentées dans l'échantillon et la base de données sont entre 20 et 40 ans, la situation professionnelle ainsi que la parité des participantes sont semblables avec un taux de primipares de 33%. On peut néanmoins remarquer des différences au niveau de l'ethnie, le taux de participantes étant d'origine belge (30.0%) et de pays d'Afrique centrale et du sud (35%.0) est plus important dans l'échantillon que la population de référence (respectivement 24.0% et 25.9%) ainsi que le taux de femmes ayant réalisées des études supérieures (50.0% vs 16.8%). Aussi, les participantes à cette recherche vivent davantage seules (30.0%) que la population de référence (6.1%).

Au vu des données analysées, nous pouvons conclure que les participantes interrogées étaient plus instruites mais vivaient moins en couple que la population de référence.

Il aurait été intéressant de savoir si les participantes interrogées avaient le même taux d'antécédents de pathologie de grossesse que la population de référence mais en interrogeant les participantes, c'est la santé perçue qui a été collectée et non l'état de santé référencé dans les dossiers médicaux. La base de données fournie par le CHU Saint-Pierre reprend uniquement les diagnostics de pathologie effectués par le médecin durant la grossesse en cours et non les antécédents. Il n'y a donc pas de comparaison possible.

II. Discrete Choice Experiment

1. Analyse unilatérale

1.1 Classement des choix

Le tableau 5 présente le classement des choix par attributs.

Concernant l'attribut 1, qui est la « localisation des soins », 4 femmes préfèrent être prises en charge à l'hôpital et 2 à domicile, les 54 autres sont indifférentes.

Au niveau de la « fréquence des soins réalisés par la sage-femme » (attribut 2), 4 femmes préfèrent être vues au maximum 3 fois par semaine (niveau de la HAD), alors que 1 femme préfère être vue au minimum 3 fois par jour (niveau de l'hospitalisation classique). 55 femmes sont indifférentes.

Pour l'attribut 3, « le type de contact avec la sage-femme en cas d'urgence », aucune femme ne préfère un contact téléphonique (niveau de la HAD) tandis que 1 femme a fait le choix d'un premier contact en présentiel (niveau de l'hospitalisation classique). 59 femmes sont indifférentes.

Finalement, pour « la continuité des soins », l'attribut 4, 1 femme préfère que l'équipe soignante se compose de maximum 6 sages-femmes (niveau de la HAD) alors qu'une autre préfère les équipes dépassant 6 sages-femmes (niveau de l'hospitalisation classique). 58 femmes sont indifférentes aux deux options.

La majorité des femmes (80%, n=48) sont indifférentes pour les niveaux des 4 attributs ce qui signifie que si elles se trouvaient confrontées à la situation fictive décrite ci-dessus et qu'un médecin leur proposait ces différentes options de prise en charge, la grande majorité les estimerait acceptables. 16 d'entre elles ont répondu « oui » aux 8 questions du DCE et 2 ont répondu « non » à toutes les questions.

12 participantes (20%) ont des avis plus tranchés, elles sont « pour » ou « contre » l'un des niveaux, ce qui signifie qu'elles estiment certaines options inacceptables.

Tableau 5 : Classement des choix par attribut

	A 1 : « Le lieu de prise en charge »	A2 : « La fréquence des visites effectuées par la sage-femme »	A3 : « Le type de contact avec une sage-femme en cas d'urgence »	A 4 : « La continuité des soins »
« Pour » N (%)	4 (6.7)	1 (1.7)	1 (1.7)	1 (1.7)
« Indifférente » N (%)	54 (90.0)	55 (91.7)	59 (98.3)	58 (96.7)
« Contre » N (%)	2 (3.3)	4 (6.7)	0 (0)	1 (1.7)
Total N (%)	60 (100)	60 (100)	60 (100)	60 (100)

Légende : A= attribut2

1.2 Concordances et symétrie de discordance

Une fois les différents choix catégorisés, les concordances dans les choix ont été recherchées par attribut au moyen du coefficient de Kappa Cohen. Lorsque que le résultat du Kappa Cohen se rapproche de 1, il y a un accord entre les choix des niveaux au sein de deux attributs et lorsqu'il se rapproche de -1, il y a un désaccord. Tous les coefficients de Kappa se rapprochent de 0, ce qui montre une absence de concordance entre les choix des niveaux au sein des attributs (Tableau 6). Le nombre de paires concordantes est important avec le pourcentage le plus bas pour les attributs 1 et 2 (81.7%) et le plus haut pour les attributs 3 et 4 (95%). Excepté pour les attributs 2 et 3, ce sont uniquement les choix indifférents qui sont concordants.

Le coefficient Kappa des attributs 2 « la fréquence des visites effectuées par la sage-femme » et 3 « le type de contact avec une sage-femme en cas d'urgence » est de 0.30, ce qui montre une mauvaise concordance mais qui s'éloigne davantage de 0 que les autres résultats. Les paires concordantes sont les paires indifférentes mais aussi une paire qui est « Pour » les niveaux caractéristiques de l'hospitalisation classique au sein des attributs 2 et 3.

Au vu des faibles taux de concordance, le test de Mac Nemar a été réalisé pour déterminer l'existence d'une symétrie dans la discordance. La p-valeur est non significative pour le choix des niveaux au sein des attributs 1 et 2, des attributs 1 et 4 et des attributs 2 et 4. Ces résultats révèlent une symétrie dans la discordance lors de la réalisation des choix. Pour certaines

catégories, il n'a pas pu être effectué au vu du nombre insuffisant de paires discordantes présentes.

Tableau 6 : Coefficient de Kappa Cohen et le test de Mac Nemar

	Proportion de concordance (%)	Coefficient Kappa Cohen	Test de Mac Nemar (p-valeur)
A1 « la localisation des soins » A2 « la fréquence des visites effectuées par la sage-femme »	49/60 (81.7)	-0.07	2.47 (0.29)
A1 « la localisation des soins » A3 « le type de contact avec une sage-femme en cas d'urgence »,	53/60 (88.3)	-0.02	/ *
A1 « la localisation des soins » A4« la continuité des soins »	53/60 (88.3)	0.09	4.00 (0.26)
A2« la fréquence des visites effectuées par la sage-femme » A3 « le type de contact avec une sage-femme en cas d'urgence »	55/60 (91.7)	0.32	/ *
A2« la fréquence des visites effectuées par la sage-femme » A4« la continuité des soins »	53/60 (88.3)	-0.04	1.80 (0.41)
A3 « le type de contact avec une sage-femme en cas d'urgence » A4« la continuité des soins »	57/60 (95.0)	-0.02	/ *

*Légende : A= attribut, * Conditions de validité non remplies : < 10 paires discordantes*

1.3 Test de Khi carré de Pearson

Afin de déterminer l'association entre certaines caractéristiques socio-démographiques et les choix réalisés par les participantes, le test de Khi carré de Pearson a été réalisé entre chaque attribut et chaque caractéristique socio-démographique (Annexe 4).

Pour l'attribut 1, « la localisation des soins », le test montre une association significative avec le moyen de déplacement ($p = 0.03$), les participantes préférant bénéficier de soins à l'hôpital

représentent 7.1% (n=3) des femmes se déplaçant en transport en commun et 7.7% (n=1) de celles se déplaçant en voiture. Les femmes préférant être soignées à domicile représentent 2.4% (n=1) des femmes utilisant les transports en commun et 50% (n=1) de celles utilisant un autre moyen de déplacement. Les autres participantes sont indifférentes.

Pour l'attribut 2, « la fréquence des visites effectuées par la sage-femme », le test montre une association significative avec l'âge ($p = 0.005$) et le lieu d'habitation ($p = 0.005$). Les participantes préférant des visites minimum 3 fois par jour (niveau de l'hospitalisation classique) représentent 25% (n=1) des femmes de plus de 40 ans. Celles qui préfèrent des visites maximum 3 fois par semaine (niveau de la HAD) représentent 4.5% (n=1) des femmes entre 20 et 30 ans et 8.8% (n=3) des femmes âgées de 30 à 40 ans. Les autres participantes sont indifférentes.

Les participantes préférant des visites minimum 3 fois par jour (niveau de l'hospitalisation classique) représentent 2 % (n=1) des Bruxelloises, et celles préférant des visites maximum 3 fois par semaine (niveau de la HAD) représentent 4 % (n=2) des Bruxelloises, 33% (n=1) des Flamandes et 100% de celles séjournant en dehors de la Belgique (n=1). Les autres participantes sont indifférentes.

Pour l'attribut 3, « le type de contact avec une sage-femme en cas d'urgence », le test montre une association avec l'âge ($p < 0.001$). Toutes les participantes sont indifférentes sauf une qui préfère le contact en présentiel en cas d'urgence (niveau de l'hospitalisation classique), celle-ci représente 25% des participantes ayant plus de 40 ans.

Pour l'attribut 4, « la continuité des soins », le test montre une association avec le niveau de scolarité ($p < 0.001$), les participantes préférant une équipe de plus de 6 sages-femmes (niveau de l'hospitalisation classique) représentent 10% (n=1) des femmes ayant terminé leurs études primaires, celles qui préfèrent une plus petite équipe composée de maximum 6 sages-femmes (niveau de la HAD) représentent 50% (n=1) de celles qui n'ont pas eu de scolarité.

Excepté les associations entre l'âge des participantes et les attributs 2 et 3, les attributs sont associés à des caractéristiques socio-démographiques différentes.

2. Analyse multivariée

Le nombre de choix totaux de cette recherche par DCE s'élève à 480. En effet, l'échantillon se compose de 60 patientes et chacune a répondu à 8 sets de choix.

La régression logistique conditionnelle a été réalisée sur un échantillon restreint de 336 choix car 18 participantes, ont répondu strictement « oui » ou « non » à toutes les questions du DCE, ce qui représente 144 choix. L'analyse étant groupée par individu, ces réponses n'ont pas été prises en compte car il n'y avait pas de variation des choix individuels pour ces 18 personnes.

Les résultats se trouvent dans le tableau 7. Les coefficients pour chaque attribut montrent l'influence que les attributs auraient dans le choix des participantes si on leur proposait d'être soignées à l'hôpital. Les coefficients pour la localisation des soins à l'hôpital (attribut 1) et un contact en présentiel en cas d'urgence (attribut 3) sont identiques. Ils sont également de signe positif, ce qui indique qu'ils influencent positivement la probabilité que la participante accepte d'être soignée à l'hôpital. Cependant, les coefficients pour une fréquence des soins de minimum 3 fois par jour (attribut 2) et une équipe de plus de 6 sages-femmes (attribut 4), sont de signe négatif, ce qui signifie qu'ils influencent négativement cette probabilité. La magnitude de tous les coefficients est faible, le coefficient le plus grand est celui d'une fréquence des soins de minimum 3 fois par jour (attribut 2), c'est le coefficient qui influencerait donc le plus cette probabilité. Néanmoins, les intervalles de confiance montrent que tous les coefficients sont non significatifs, ce qui indique que les différents attributs pourraient n'avoir aucun poids dans le choix des participantes.

Les erreurs de variation sont faibles, ce qui montrent la présence de peu de variation dans les choix individuels autour des attributs, soulignant également que les attributs auraient peu d'influence dans la probabilité que les patientes acceptent d'être soignées à l'hôpital en cas de grossesse à risque.

Enfin, le Pseudo R^2 s'élève à 1.24%, ce qui indique que le modèle explique seulement une faible partie de la probabilité du choix des patientes d'accepter d'être soignées à l'hôpital.

Grâce à ces résultats, nous pouvons écrire l'équation de notre modèle :

$$P(V_{jn}) = 0.13 \text{ localisation des soins à l'hôpital} - \\ 0.33 \text{ visites minimum 3x par jour} + 0.13 \text{ contact en présentiel en cas d'urgence} - \\ 0.23 \text{ équipe de minimum 6 sages - femmes} + \mu_n + \epsilon_{jn}$$

$P(V_{jn})$ est la probabilité des femmes d'accepter d'être soignées à l'hôpital, μ_n est l'effet fixe individuel et ϵ_{jn} est le terme d'erreur.

Les résultats de l'analyse de régression logistique conditionnelle concluent à la faible influence des attributs ci-dessous dans le choix des femmes d'accepter d'être soignées à l'hôpital en cas de grossesse à risque.

Tableau 7 : Résultats de la régression logistique conditionnelle

Variables	Coefficients	Erreur de variation (SE)	Intervalles de confiance à 95%	
A1 La localisation des soins (Hôpital, visites limitées)	0.13	0.23	- 0.31	0.57
A2 « la fréquence des visites effectuées par la sage-femme » (Minimum 3x/jour)	- 0.33	0.23	- 0.77	0.11
A3 « le type de contact avec une sage-femme en cas d'urgence » (Contact en présentiel)	0.13	0.23	-0.31	0.57
A4 « la continuité des soins » (Une équipe soignante > 6 sages-femmes)	- 0.23	0.23	- 0.67	0.21
Pseudo R^2 (%)	1,24			

Légende : A= attribut

Discussion

Les résultats de l'analyse univariée montrent que la proportion de patientes qui ne sont ni pour ni contre l'hospitalisation à domicile dépasse 90% pour chaque attribut, ceci indique qu'elles estiment que les différentes options qui leur sont proposées sont acceptables.

La localisation des soins (Attribut 1) est l'attribut qui présente les avis les plus tranchés parmi les femmes avec une majorité de participantes préférant être soignées à l'hôpital. Les études antérieures (Dixon et al., 2013 ; Howard et al., 2014) avaient aussi mis en évidence que la localisation des soins est l'attribut qui influence le plus les participantes dans le choix entre deux prises en charge. La régression logistique conditionnelle indique que la localisation des soins à l'hôpital et une fréquence de visites limitées (caractéristique de l'hospitalisation) influenceraient positivement, de manière non significative, la probabilité de la patiente d'accepter d'être soignée à l'hôpital. Cette préférence pour l'hôpital peut s'expliquer par le biais de familiarité selon lequel des individus auront tendance à se diriger vers des options qu'ils connaissent déjà lorsque plusieurs options aux finalités semblables leur sont présentées (Daoudim, 2020).

Une majorité de participantes préfèrent des visites effectuées par la sage-femme moins fréquentes (Attribut 2) ce qui traduit une préférence pour une HAD. Alors que Goossens et al. (2014) montre que la fréquence des visites n'a pas d'impact sur les préférences des participantes, Dixon et al. (2013) identifie une influence uniquement lorsque la fréquence des visites est importante. La fréquence des visites de minimum 3 fois par jour (caractéristique de l'hospitalisation) influencerait négativement, mais de manière non significative, la probabilité de la participante d'accepter d'être soignée à l'hôpital, selon l'analyse multivariée.

Les participantes sont majoritairement indifférentes concernant le type de contact avec une sage-femme en cas d'urgence (Attribut 3). L'étude d'Howard et al. (2014) montre que le type de contact n'influencait pas les préférences entre deux prises en charge. L'analyse multivariée montre une influence positive, mais non significative, d'un contact présentiel en cas d'urgence (caractéristique de l'hospitalisation) sur la probabilité que la participante accepte d'être soignée à l'hôpital.

Plusieurs études antérieures (Lehnert et al., 2018 ; Howard et al., 2014 ; Fletcher et al., 2019 ; Goossens et al., 2014) estiment la continuité des soins (Attribut 4) comme très influente dans le choix des patients en ce qui concerne deux prises en charge. En effet, les patients préféreraient

des équipes plus restreintes. Dans notre l'analyse univariée, seule une femme souhaite une petite équipe et une autre une grande équipe, les autres participantes sont indifférentes. Il est important de noter que les études antérieures combinaient l'attribut continuité des soins avec d'autres attributs qui diffèrent en totalité ou en partie de ceux choisis dans cette recherche. L'analyse multivariée indique une influence négative d'une plus grande équipe (caractéristique de l'hospitalisation) sur la probabilité des participantes d'accepter d'être soignées à l'hôpital, ce qui rejoint les études de Lehnert et al. (2018), Fletcher et al. (2019) et Goossens et al. (2014).

L'analyse de nos données montre que parmi les 48 participantes qui sont indifférentes, 18 ont inscrit les mêmes réponses à toutes les questions du DCE, 16 d'entre elles ont répondu « oui » ce qui peut montrer que pour elles toutes les options sont acceptables, et les 2 femmes, en revanche, ont répondu « non », ce qui peut indiquer que pour elles rien n'est acceptable et qu'elles refusent toute surveillance supplémentaire dans le cadre de leur grossesse. On ne peut néanmoins pas exclure que les participantes n'ont peut-être pas compris les questions qui leur étaient posées.

L'analyse multivariée, réalisée au moyen d'un modèle de régression linéaire conditionnelle, montre que les différents attributs exercent une influence faible et non significative sur la probabilité que la patiente accepte d'être soignée à l'hôpital. Le modèle explique uniquement 1.24% de cette probabilité, ce qui est faible. Les caractéristiques socio-démographiques telles que l'âge ou le niveau de scolarité pourraient expliquer davantage les choix des participantes. Aussi, la régression linéaire conditionnelle a été effectuée par groupement des individus, ce qui induit un effet fixe individuel sur les choix de chaque participante. Cet effet fixe peut influencer les résultats de cette analyse statistique et constituer un biais.

La large part de participantes indifférentes aux options proposées peut s'expliquer par la relation de principal-agent qui lie le patient et le médecin. Ce modèle a pour fondement l'asymétrie de l'information entre les deux parties, il met en évidence les échanges mutuels entre le médecin, c'est-à-dire l'agent et le patient, autrement dit le principal. Le patient ne disposant pas de connaissances suffisantes, remet entre les mains de celui-ci les décisions concernant sa santé. Dans le cadre d'un contrat moral, il délègue ainsi une partie de son pouvoir de décision au médecin en espérant une maximisation de son utilité personnelle. (Rochaix, 1997 ; Sebai, 2016)

En plus de l'asymétrie d'information, cette relation bilatérale s'exprime également dans les intérêts personnels divergents des deux parties. Ces deux éléments induisent un risque de problème d'agence, autrement dit d'aléa moral. En effet, aucun incitant n'impose au médecin de donner des explications au patient concernant sa prise en charge, son traitement ou ses décisions, même si cela fait partie des attentes de celui-ci. De plus, le patient n'est pas en mesure de vérifier les bonnes pratiques et les décisions du médecin. Ainsi, le médecin peut créer une demande induite et effectuer des soins médicalement non justifiés dans le but de servir ses intérêts personnels, privilégiant ainsi sa propre utilité plutôt que celle du patient. Le patient quant à lui peut décider de refuser ou de ne pas suivre correctement le processus thérapeutique conseillé. Il peut également faire le choix « de voter avec ses pieds », c'est-à-dire de se tourner vers un autre professionnel de santé. (Rochaix, 1997)

Certains patients peuvent faire le choix de diminuer l'asymétrie de connaissance en augmentant leur littératie en santé grâce à différentes ressources telles qu'Internet ou en demandant des avis médicaux supplémentaires. D'autres, convaincus de l'éthique de leur médecin, peuvent préférer lui faire confiance et lui déléguer entièrement les décisions médicales sans se renseigner auprès d'autres sources d'informations. (Tofan et al., 2013) « La confiance est un mécanisme de gouvernance, le concept de confiance incorpore des situations où une partie choisit de renoncer au contrôle et d'assumer un risque psychologique et émotionnel dans l'anticipation qu'une autre partie honorera avec diligence ses obligations » (Tofan et al., 2013, p17). La confiance est un élément primordial dans la relation entre un médecin et un patient. Elle aurait un impact positif sur la compliance du patient ainsi que sur son taux de satisfaction. (Tofan et al., 2013)

Cette confiance envers le corps médical s'est exprimée dans cette recherche lorsque les participantes ont rempli le questionnaire. Beaucoup d'entre elles ont souligné le fait que c'était le médecin qui proposait les différentes options de prise en charge dans la situation fictive du DCE. Elles ont déclaré « si le médecin me dit que c'est bien pour moi et mon bébé, alors c'est que c'est le cas ». Cette phrase induit l'hypothèse que celles-ci confient au médecin le rôle d'agent concernant les décisions médicales nécessaires pour leur santé et celle de leur enfant à naître. Le médecin apparaît donc comme une autorité experte dans son domaine de compétences et le patient s'en remet à ses recommandations (Applbaum, 2017, Nimmon & Stenfors-Hayes, 2016).

Le patient est également perçu comme une personne autonome capable de prendre les décisions nécessaires pour préserver et améliorer sa santé (Applbaum, 2017). Les patients impliqués dans

le processus de décision, serait plus compétents pour requérir de l'information auprès de leur médecin, ils auraient un meilleur taux de satisfaction ainsi que de meilleurs outcomes de santé (Tofan et al., 2013). Au sein de la relation médecin-patient, il y a « une tension morale entre la dépendance et l'autonomie des patients, le principal défi médecin-patient est de construire une confiance interpersonnelle, qui n'est ni autoritaire ni formellement égalitaire » (Tofan et al., 2013, p12). C'est également le défi mis en lumière par l'approche des soins centrés sur le patient, il y a une réelle visée de partage du pouvoir dans la relation médecin-patient (Nimmon & Stenfors-Hayes, 2016). Un moyen d'y parvenir est notamment la prise de décision partagée, conseillée par la HAS ; elle se déroule en deux étapes : « l'échange d'informations et la délibération en vue d'une prise de décision acceptée d'un commun accord » (HAS, 2013, p.4).

Néanmoins, l'autonomie obligatoire du patient ne peut être exigée car elle ne tient pas compte de ses caractéristiques économiques, culturelles et psychosociales réduisant la compétence de celui-ci à émettre ses préférences et effectuer ses choix. Ceci aurait comme conséquences des difficultés communicationnelles, une diminution de l'équité ainsi qu'une réduction de l'accessibilité des soins de santé pour les patients présentant un niveau socio-économique faible. (Tofan et al., 2013)

Certaines caractéristiques socio-démographiques des patients telles que l'âge, l'éducation, le revenu (Osamor et al., 2016), la culture (Ruhnke et al., 2000), la littératie en santé (Murugesu et al., 2021) et la couverture d'assurance influencent la compréhension des informations, la prise de décision ainsi que le niveau de confiance qu'ils portent à leur médecin (Tofan et al., 2013). Selon le KCE (2020), la littératie en santé serait une véritable difficulté pour 30 à 45% des Belges. Aussi, la barrière de la langue est un réel frein à la bonne compréhension des soins (Bowen, 2001). Elle a également « des effets négatifs sur l'accès aux soins de santé, la qualité des soins, le droit des patients, le niveau de satisfaction des patients et des intervenants et, surtout, sur les résultats des traitements des patients » (Bowen, 2001, p 120). De nombreuses patientes consultant au CHU Saint-Pierre ne parlent pas français, ce qui est un réel frein pour leur autonomie et l'expression de leurs préférences, et ce, malgré la présence régulière de traducteurs ou d'un membre de la famille capable de traduire ce qui est dit en consultation.

Du côté du médecin, certaines caractéristiques individuelles semblent influencer leur inclination naturelle à informer leur patient comme l'âge, l'origine ethnique, le nombre d'années d'expérience ainsi que la nationalité de l'université où il a été formé. Le style de

communication du patient a également un impact, un patient requérant plus d'informations, en recevra davantage et aura plus de poids dans la décision médicale (Tofan et al., 2013).

« Les soins de maternité se distinguent des autres domaines des soins de santé dans la mesure où la grossesse n'est pas une maladie mais plutôt un processus physiologique normal » (Kruske et al., 2013, p2). Durant la grossesse, les droits de la future mère et de son fœtus sont la raison de nombreux débats éthiques (Kruske et al., 2013). Dans les recommandations médicales et dans la législation, la femme enceinte, comme tout patient, est autonome dans la prise de décision même si les décisions prises peuvent causer des dommages à l'enfant à naître (Malek, 2017). Le Comité consultatif de bioéthique de Belgique (2012) a rédigé un avis concernant le refus de soins des femmes enceintes ayant un impact sur le fœtus. Il a affirmé que « Si le droit médical confirme que les femmes enceintes ont le "pouvoir" de prendre des décisions médicales engageant la santé – voire la vie – de leur futur enfant, il ne comporte aucune prescription spécifique concernant la mesure de ce pouvoir et sa pondération éventuelle avec d'autres valeurs potentiellement concurrentes » (Comité consultatif de bioéthique de Belgique, 2012, p7). Au niveau légal, le fœtus n'a pas de personnalité juridique, ce qui signifie que la femme est seul maître des décisions concernant son corps et par extension son futur bébé. Pourtant le droit pénal protège l'enfant à naître dès le début du travail même s'il n'a pas encore commencé sa vie extra-utérine. Tous les membres du Comité consultatif de bioéthique de Belgique favorisent le droit à l'autonomie de la femme enceinte bien qu'ils ne s'accordent pas unanimement sur l'étendue de celle-ci. Dans le monde, les législations concernant l'autonomie de la femme enceinte durant la grossesse et l'accouchement diffèrent (Comité consultatif de bioéthique de Belgique, 2012).

« Les femmes enceintes prennent généralement des décisions cliniques qui sont dans le meilleur intérêt de leurs fœtus » (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2016), privilégiant ainsi l'utilité de leur futur enfant plutôt que la leur. Dans certaines situations, les intérêts de la future mère et du fœtus peuvent être différents. En raison de la relation de dépendance entre le fœtus et la femme enceinte, le médecin peut être tenté de privilégier la santé ainsi que l'utilité du fœtus au détriment des souhaits ou préférences de celle-ci (Comité consultatif de bioéthique de Belgique, 2012). Le personnel soignant, dans le cadre de la relation d'agence, peut influencer considérablement sur l'autonomie des femmes dans la prise de décision. Une étude démontre que bien que les professionnels soient conscients de cette autonomie, ceux-ci estiment qu'ils peuvent ignorer les besoins et souhaits de la femme enceinte pour préserver

la sécurité fœtale (Kruske et al., 2013). Cette situation constitue un problème d'agence. Spécifiques au domaine de l'obstétrique, les violences obstétricales sont mises en lumière depuis plusieurs années et sont également consécutives à un problème d'agence. « La violence obstétricale est un terme générique désignant les diverses formes de violence et d'abus commis par des professionnels de la santé à l'égard des femmes pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et les soins postnatals. » (Sénat de Belgique, 2021a). Cela inclut aussi bien des actes médicaux lourds pratiqués sans le consentement de la femme, que des paroles vécues comme humiliantes et brutales. (Sénat de Belgique, 2021b)

Lors de cette étude, certaines participantes ont souligné le fait que le plus important était le bien-être de leur bébé et que c'était le médecin qui était le plus à même de faire les choix pour préserver le bien-être de celui-ci. Elles avaient davantage confiance dans le jugement du médecin que dans le leur. Accentuant cette relation d'agence, les femmes enceintes ont également moins tendance à la prise de risque que les femmes non enceintes (Mazúchová1 et al., 2020), certaines ont également la crainte d'être perçues comme difficiles par le personnel soignant si elles refusent les soins, ce qui pourrait entraîner des conséquences sur la qualité des prises en charge futures, à la fois pour elles-mêmes et pour leur enfant à naître (Watkins et al., 2022). Finalement, cette relation d'agence est d'autant plus marquée dans cette recherche car les femmes proviennent de faibles niveaux socio-économiques et sont étrangères à la culture de soins en maternité (Ebert et al, 2014). De plus, 53% des participantes estimaient rencontrer des difficultés financières et seules 35% avaient un statut de salariée ou d'indépendante.

Dans ces résultats, le fait que la plupart des participantes estiment les niveaux caractéristiques de la HAD acceptables indique qu'un tel projet pourrait être envisagé au CHU Saint-Pierre. Sur 60 patientes, seules 10% des participantes sont opposées à au moins une caractéristique de la HAD.

Selon le coefficient de Kappa Cohen, les choix des femmes pour les attributs sont largement discordants car seuls les choix indifférents constituent les paires concordantes. Par ailleurs, une faible concordance existe entre l'attribut 2, la fréquence des soins, et l'attribut 3, le type de contact en cas d'urgence. Néanmoins, cette concordance s'observe pour une seule participante. Celle-ci préfère deux caractéristiques de l'hospitalisation classique, un minimum de trois visites de la sage-femme par jour et un contact en présentiel en cas d'urgence. Cependant, elle n'a pas choisi une localisation des soins à l'hôpital (Attribut 1). Contrairement à cette faible corrélation,

l'analyse multivariée estime un coefficient favorable à un contact en présentiel en cas d'urgence et un coefficient négatif à la fréquence des soins de minimum 3 fois par jour (non-significatif). Ce qui ne confirme pas la présence d'une corrélation entre les deux attributs. Ainsi, le choix d'un niveau au sein d'un attribut n'est pas corrélé au choix pour un autre attribut.

Le test de Mac Nemar montre une symétrie dans la discordance entre les attributs lorsque le nombre de paires discordantes est suffisant. Cette tendance s'explique par les choix tranchés qui sont en petit nombre et qui s'équilibrent entre les « Pour » et les « Contre » pour les différents attributs. Le petit nombre d'avis tranchés par attribut rend difficile l'interprétation de ce résultat.

La seconde question de recherche vise à déterminer l'existence d'associations entre les caractéristiques socio-démographiques des femmes enceintes et leurs préférences. Le test du Khi carré de Pearson montre que les déterminants des choix d'hospitalisation incluent le moyen de déplacement jusqu'à l'hôpital, l'âge, le lieu d'habitation et le niveau de scolarité. Tout d'abord, parmi les femmes qui se déplacent en transport en commun, un plus grand nombre préfèrent recevoir des soins à l'hôpital (n=3) qu'à domicile (n=1). Ensuite, avoir plus de 40 ans est associé à une préférence pour les visites plus fréquentes ainsi qu'à un contact en présentiel en cas d'urgence. Aussi, les patientes préférant des visites moins fréquentes logent à Bruxelles. Enfin, les femmes n'ayant suivi aucune scolarisation préfèrent les équipes de sages-femmes plus petites (niveau de la HAD) et celles ayant fini leurs études primaires préfèrent les équipes plus grandes. La comparaison de notre échantillon à la population de référence de femmes enceintes consultant au CHU Saint-Pierre a révélé que notre échantillon avait un niveau de scolarité plus élevé, ce qui peut représenter un biais pour ce résultat de recherche.

Les caractéristiques sociodémographiques associées aux choix des attributs sont différentes pour chaque attribut excepté l'âge qui est associé à la fréquence des soins (attribut 2) et le type de contact en cas d'urgence (attribut 3). Ce qui signifie que non seulement les choix pour les attributs sont discordants mais que les caractéristiques qui les influencent sont également différentes. Néanmoins au vu du grand nombre de participantes indifférentes aux options proposées, il est difficile de dégager des associations statistiquement significatives.

Il y a plusieurs limites à cette recherche. Tout d'abord, l'échantillon est de faible importance (n=60), ce qui ne permet pas de généraliser les résultats à la population de femmes enceintes au sein du CHU Saint-Pierre et encore moins à celle de Bruxelles ou de Belgique.

Une autre limite de cette recherche est le choix des niveaux et des attributs qui s'est basé sur une revue de la littérature pour des raisons pragmatiques. Cependant, l'OMS recommande de déterminer les attributs et les niveaux également par une approche qualitative comme des focus-groups afin de prendre en compte les spécificités des participants (WHO, 2012).

Au niveau du design du DCE, il a été choisi que les patientes répondraient par « oui » ou « non » aux différentes options proposées, ce qui revient à questionner l'acceptabilité de chacune des options. La plupart des participantes (80%) ont montré par leur choix qu'elles étaient indifférentes aux options proposées. Il serait intéressant lors d'une étude ultérieure, de leur proposer de choisir entre deux scénarios afin d'aller au-delà de l'acceptabilité et de questionner davantage leurs préférences ou les inviter à hiérarchiser les choix proposés par le médecin, ce qui permettra de quantifier leurs préférences.

Une difficulté rapportée par les patientes, inhérente à la méthode de recherche, était de devoir se positionner dans un scénario fictif et de s'imaginer dans une situation dont elles n'avaient jamais fait l'expérience.

Par ailleurs, afin de ménager les futures mamans et ne pas générer de stress inutile pour la suite de la grossesse, l'étude a considéré un scénario peu anxiogène où aucune conséquence fœtale ou maternelle n'a été envisagée et où seule une surveillance intensive était nécessaire. Un scénario plus anxiogène aurait pu susciter des réponses différentes chez certaines participantes.

Aussi, l'absence dans la littérature de DCE concernant les femmes enceintes dans le cadre d'une grossesse à risque rend l'interprétation des résultats plus complexe et ne permet pas, à ce jour, la comparaison des résultats avec une étude dans des conditions similaires.

Concernant l'analyse statistique multivariée, elle pourrait être approfondie à l'aide d'un modèle multi-niveaux afin de pouvoir contrôler des facteurs sociodémographiques des participantes.

Au-delà de ces limites, notre étude présente plusieurs avantages. D'une part, le questionnaire a été traduit en plusieurs langues, ce qui a permis de toucher une plus grande diversité de femmes enceintes consultant au CHU Saint-Pierre. L'utilisation d'une tablette nécessaire à la réalisation du questionnaire a également permis d'inclure des patientes ne disposant pas d'un téléphone avec une connexion internet. Enfin, la double analyse statistique a permis d'obtenir une analyse plus approfondie des données récoltées.

Conclusion et perspectives

Cette recherche, basée sur les soins centrés sur le patient, avait pour objectif de déterminer les préférences des femmes enceintes concernant le type d'hospitalisation dans la prise en charge d'une grossesse à risque. La revue de la littérature a démontré que les deux types d'hospitalisation, classique et à domicile, présentaient chacune des avantages et des inconvénients. La HAD a notamment pour avantages la sécurité, le confort et l'environnement social conservé pour les femmes enceintes (Farfan-Portet et al., 2014 ; van den Heuvel et al., 2020). Aussi, si on la compare avec l'hospitalisation classique, elle permettrait une possible diminution des coûts pour le système de santé (Zizzo et al., 2021). Néanmoins, elle ne peut être pratiquée dans toutes les situations psycho-médico-sociales (HAS, 2011). Les résultats du DCE identifient l'existence de préférences chez les participantes interrogées mais ceux-ci manquent de significativité. Les préférences pour les niveaux des attributs vont alternativement vers des caractéristiques de l'hospitalisation classique et de la HAD. Le choix du lieu de prise en charge semble être l'attribut qui suscite le plus d'avis tranchés, la préférence est celle d'une localisation des soins à l'hôpital. Aussi, les participantes semblent préférer des soins moins fréquents (caractéristique de la HAD), un contact en présentiel en cas d'urgence (caractéristique de l'hospitalisation classique) et une équipe de sages-femmes plus restreinte (caractéristique de la HAD). De plus, le choix d'un niveau au sein d'un attribut n'est pas corrélé au choix pour un autre attribut.

Les résultats montrent également un taux important de femmes indifférentes aux choix de prises en charge qui leur sont soumis, cela peut s'expliquer par le concept du principal-agent liant le médecin au patient (Rochaix, 1997 ; Sebai, 2016). Cette relation mutuelle basée sur l'asymétrie de l'information est d'autant plus importante que les participantes ont un faible niveau socio-économique (Ebert et al, 2014).

Seuls 10% des participantes estiment qu'au moins une des caractéristiques de la HAD est inacceptable, ce qui indique que la majorité d'entre elles l'estiment acceptable pour la prise en charge d'une grossesse à risque. En cas d'avis favorable du groupe de travail chargé du projet de la HAD au niveau fédéral, ce chiffre suggère qu'un tel projet pourrait être réfléchi au sein du CHU Saint-Pierre.

Le deuxième objectif de recherche était de déterminer les associations entre les caractéristiques socio-démographiques et les préférences des femmes enceintes. Certains facteurs comme le

moyen de déplacement jusqu'à l'hôpital, l'âge, le lieu d'habitation et le niveau de scolarité semblent influencer les préférences des participantes. Néanmoins, le faible nombre d'avis tranchés rend l'interprétation de ces résultats complexe.

La méthodologie du DCE, initialement créée dans le domaine de l'économie, permet d'identifier les préférences des individus dans le domaine de la santé. Cette recherche a permis de mettre en lumière la relation de type principal-agent comme modèle explicatif de la relation entre le médecin et la femme enceinte. Ce phénomène semble particulièrement important dans la mesure où la patiente délègue aux médecins les décisions concernant non seulement son propre corps, mais aussi la santé de son enfant à naître (ACOG, 2016). Causée par la divergence d'intérêts entre le médecin et sa patiente, des problèmes d'agence peuvent survenir (Tofan et al., 2013). Dans le cadre d'une grossesse, le médecin peut avoir tendance à défendre la santé et donc l'utilité du fœtus au détriment des préférences de la future mère (Kruske et al., 2013).

Cette recherche comporte plusieurs limites et plusieurs forces. Les limites principales sont la faible puissance de l'échantillon (n=60), le choix des attributs qui a été effectué exclusivement à partir d'une revue de la littérature ainsi que l'appropriation récente d'une nouvelle méthode empirique par la mémorante. Les forces sont la traduction des questionnaires en plusieurs langues, la double analyse statistique, à la fois uni- et multivariée et la représentabilité de l'échantillon à la population de référence de femmes enceintes consultant au CHU Saint-Pierre en 2019.

Afin d'approfondir les résultats de cette recherche, il serait judicieux dans une prochaine étude, d'inviter les femmes à choisir entre deux scénarios ou de quantifier les propositions du médecin afin d'aller au-delà de l'acceptabilité des différentes options de prise en charge. Il serait également pertinent d'étudier davantage le modèle de principal-agent dans le domaine de l'obstétrique afin d'en comprendre les facteurs d'influence et les conséquences de celui-ci, en particulier pour les patientes à faible niveau socio-économique.

En conclusion, cette recherche contribue à la compréhension des préférences des femmes enceintes en matière de prise en charge de grossesses à risque et met en lumière la relation d'agence entre le médecin et la patiente enceinte. Les résultats fournissent des informations pour améliorer les pratiques de soins obstétricaux et suggèrent des pistes de recherches futures. Enfin, soulignons l'importance de l'implication du patient dans les recherches cliniques, afin de construire avec lui, les innovations et les futurs programmes de soins, telle que la HAD.

Bibliographie

ACOG. (2016). *Refusal of medically recommended treatment during pregnancy. Committee Opinion No. 664.* <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2016/06/refusal-of-medically-recommended-treatment-during-pregnancy>

Alexander, S., Barlow, P., Buyse, C., Ceysens, G., Emonts, P., Eykerman, M. *et al.* (2022). *Guide de consultation prénatale* (2de editie). Bruxelles : DE BOECK SUP. 832p.

Applbaum, A. I. (2017). The Idea of Legitimate Authority in the Practice of Medicine. *AMA journal of ethics*, 19(2), 207–213. <https://doi.org/10.1001/journalofethics.2017.19.2.sect1-1702>

Balint, E. (1969). The possibilities of patient-centered medicine. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 17(82), 269-276.

Benahmed N, Lefèvre M, Christiaens W, Devos C, Stordeur S. (2019). *Synthèse- Vers un parcours prénatal intégré pour les grossesses à bas risque.* KCE. https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_326B_Soins_prenatal_synthese.pdf

Bouscasse, H. (2015). *Les étapes de préparation d'un questionnaire de choice experiment.* [PowerPoint]https://afitl.msh-lse.fr/tl_files/documents/vie-association/journee-doctorale/presentations2015/BOUSCASSE%20Helene.pdf

Bowen, S. (2001). Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé. *Santé canada.* https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2001-lang-acces/2001-lang-acces-fra.pdf

Byrne, T., Weston J. & Janzen J. (2020). Hospital at Home Services Literature Review & Jurisdictional Scan. *Inside out policy research.* Disponible à l'adresse : <https://www.insideoutresearch.ca>

CHU Saint-Pierre. (s. d.). *Néonatalogie.* Disponible à l'adresse : <https://www.stpierre-bru.be/service/neonatalogie/> Consulté le 5 janvier 2023.

Cliniques universitaires Saint-Luc (s. d.) *Service d'obstétrique : les unités de soins.* Disponible à l'adresse : <https://www.saintluc.be/fr/service-obstetrique-unite-de-soins> consulté le 05 janvier 2023.

Cornelis, J., Van Grootven B., Irusta L.A., De Meester C., Christiaens W., Van Durme T. *et al.* (2022). *Synthèse-Télémonitoring des patients COVID-19*. KCE. https://kce.fgov.be/sites/default/files/2022-05/KCE_354B_Telemonitoring_Patients_COVID_Synthese.pdf

CNRLT. (2012). *RISQUE : Définition de RISQUE*. Disponible à l'adresse : <https://www.cnrtl.fr/definition/risque> consulté le 5 janvier 2023

Daoudim, M. (2020). Revue de littérature de l'impact des biais comportementaux sur les décisions financières des investisseurs dans les marchés financiers. *Finance & Finance Internationale*, 1(18). doi: <https://doi.org/10.34874/IMIST.PRSM/ffi-v1i18.19179>

Dantuma, E. (2020). *My home is my hospital: Towards more technology-assisted remote hospital care*. ING Research. https://think.ing.com/uploads/reports/ING_-_My_home_is_my_hospital_-_Dec._2020_.pdf

De Nayer, T. (2018). *Bienvenue dans notre service de grossesses à risque*. Cliniques universitaires Saint-Luc UCL Bruxelles. <https://www.saintluc.be/sites/default/files/2020-09/commu-dsq-277-service-grossesses-a-risque.pdf>

Dehaspe, P. (2022). *Gestion financière des hôpitaux en Belgique*. [Support de cours] Université Catholique de Louvain.

Devos, C., Cordon, A., Lefèvre, M., Obyn, C., Renard, F., Bouckaert, N. *et al.* (2019). *Performance du système de santé belge- rapport 2019*. KCE. https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_313B_Rapport_Performance_2019_Rapport%20FR.pdf

Dixon, S., Nancarrow, S. A., Enderby, P. M., Moran, A. M. & Parker, S. G. (2013). Assessing patient preferences for the delivery of different community-based models of care using a discrete choice experiment. *Health Expectations*, 18(5), 1204-1214. <https://doi.org/10.1111/hex.12096>

Ebert, L., Bellchambers, H., Ferguson, A., & Browne, J. (2014). Socially disadvantaged women's views of barriers to feeling safe to engage in decision-making in maternity care. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 27(2), 132–137. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2013.11.003>

Euro-Peristat Project (2018). *European Perinatal Health Report: Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015*. https://www.europeristat.com/images/EPHR2015_Euro-Peristat.pdf

Farfan-Portet, M.I., Denis, A., Mergaert, L., Daue, F., Mistiaen, P. & Gerkens, S. (2014) *L'hospitalisation à domicile : orientations pour un modèle belge – Synthèse*. KCE. https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_250Bs_hospitalisation_a_domicile_Synthese.pdf

Fletcher, B. R., Rowe, R., Hollowell, J., Scanlon, M., Hinton, L. & Rivero-Arias, O. (2019). Exploring women's preferences for birth settings in England: A discrete choice experiment. *PLOS ONE*, 14(4), e0215098. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215098>

Goossens, L., Utens, C., Smeenk, F., Donkers, B., van Schayck, O. & Rutten-van Mólken, M. P. (2014). Should I Stay or Should I Go Home? A Latent Class Analysis of a Discrete Choice Experiment on Hospital-At-Home. *Value in Health*, 17(5), 588-596. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2014.05.004>

Goossens, L. M., Vemer, P. & Rutten-van Mólken, M. P. (2020). The risk of overestimating cost savings from hospital-at-home schemes: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 109, 103652. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103652>

FIGO. (s.d.). *Grossesse : risques et complications*. Disponible à l'adresse : <https://www.figo.org/fr/grossesse-risques-et-complications> consulté le 05 janvier 2023.

Goulet, C., Gévy, H., Lemay, M., Gauthier, R. J., Lepage, L., Fraser, W. D., & Polomeno, V. (2001). A randomized clinical trial of care for women with preterm labour: home management versus hospital management. *Canadian Medical Association Journal*, 164(7), 985–991.

Gourounti, C., Karpathiotaki, N., & Vaslamatzis, G. (2015). Psychosocial stress in high risk pregnancy. *International Archives of Medicine*. <https://doi.org/10.3823/1694>

Hahn, G. & Shapiro, S. (1966). *A Catalogue and Computer Program for the design and Analysis of orthogonal Symmetric and Asymmetric Fractional Factorial Experiments*. General Electric Research and development Center. Report 66-C-165

Hallet, B. (2022). *Organisation des institutions de soins : législation hospitalière*. [Support de cours]. Université Catholique de Louvain.

Hernández, C., Aibar, J., Seijas, N., Puig, I., Alonso, A., Garcia-Aymerich, J. & Roca, J. (2018). Implementation of Home Hospitalization and Early Discharge as an Integrated Care Service: A Ten Years Pragmatic Assessment. *International Journal of Integrated Care*, 18(0), 12. <https://doi.org/10.5334/ijic.3431>

Harrison, M. J., Kushner, K. E., Benzies, K., Kimak, C., Jacobs, P., & Mitchell, B. F. (2001). In-home nursing care for women with high-risk pregnancies: outcomes and cost. *Obstetrics and gynecology*, 97(6), 982–987. [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(01\)01360-6](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(01)01360-6)

HAS. (2007). Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. *La Revue Sage-Femme*, 6(4), 216-218. [https://doi.org/10.1016/s1637-4088\(07\)79647-5](https://doi.org/10.1016/s1637-4088(07)79647-5)

HAS. (2009). *Recommandations de bonne pratique : Grossesses à risque : Orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement : Argumentaire*. HAS. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-04/grossesses_a_risque_-_argumentaire.pdf

HAS. (2011). *Situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'ante et du post-partum : SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE*. HAS. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/situations_pathologiques_pouvant_relever_de_lhospitalisation_a_domicile_au_cours_de_l_ante_et_post-partum_-_fiche_de_synthese-4_pages.pdf

HAS (2013). *Patient et professionnels de santé : décider ensemble : Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée »*. HAS. https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-10/12iex04_decision_medicale_partagee_mel_vd.pdf

HAS. (2016). *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées : recommandations*. HAS. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf

HAS (s. d.). *Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi*. Disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi consulté le 15 février 2023.

Health Innovation Network South London. (s.d.) *What is person-centred care and why is it important?* HIN. https://healthinnovationnetwork.com/system/ckeditor_assets/attachments/41/what_is_person-centred_care_and_why_is_it_important.pdf

Howard, K., Gerard, K., Adelson, P., Bryce, R., Wilkinson, C. & Turnbull, D. (2014). Women's preferences for inpatient and outpatient priming for labour induction: a discrete choice experiment. *BMC Health Services Research*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-330>

INAMI. (s. d.). *Les frais d'hospitalisation*. Disponible à l'adresse : <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/hopitaux/Pages/default.aspx> consulté le 10 janvier 2023.

INSPQ. (s.d.). *Grossesse à risque élevé*. Disponible à l'adresse : <https://www.inspq.qc.ca/mieux-vivre/grossesse/sante-pendant-grossesse/grossesse-risque-eleve> consulté le 5 janvier 2023.

Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. National Academies Press (US).

KCE. (2020). *Premiers pas vers un plan d'action belge de littératie en santé*. [Communiqué de presse]. <https://kce.fgov.be/fr/a-propos-de-nous/communiquede-presse/premiers-pas-vers-un-plan-daction-belge-de-litteratie-en-sante>

Kent, R. A., Yazbek, M., Heyns, T. & Coetzee, I. (2015). The support needs of high-risk antenatal patients in prolonged hospitalisation. *Midwifery*, 31(1), 164-169. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.08.003>

Kocur, G., Adler, T., Hyman, W. & Aunet, B. (1982). *Guide to Forecasting Travel Demand with Direct Utility Assessment*. United States Department of Transportation, Urban Mass Transportation Administration, Report UMTA-NH-11-0001-82-1, Washington DC.

Kruske, S., Young, K., Jenkinson, B., & Catchlove, A. (2013). Maternity care providers' perceptions of women's autonomy and the law. *BMC pregnancy and childbirth*, 13, 84. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-84>

Larousse, Æ. (s. d.). *Définitions : risque*, disponible à l'adresse : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/risque/69557> Consulté le 5 janvier 2023

Lehnert, T., Günther, O. H., Hajek, A., Riedel-Heller, S. G. & König, H. H. (2018). Preferences for home- and community-based long-term care services in Germany: a discrete choice experiment. *The European Journal of Health Economics*, 19(9), 1213-1223. <https://doi.org/10.1007/s10198-018-0968-0>

Levine, D., Oukhi, K., Blanchfield, B., Diamond, K., Licurse, A., Pu, C. & Schnipper, J. (2018). Hospital-Level Care at Home for Acutely Ill Adults: a Pilot Randomized Controlled Trial. *Journal of General Internal Medicine*, 33(5), 729-736. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4307-z>

Mazúchová¹, L., Kelčíková S., Štofániková L. & Malinová N. (2020). Women's control and participation in decision-making during childbirth in relation satisfaction. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* 2020 ;11(3):136–142 doi: 10.15452/CEJNM.2020.11.0021

Malek, J. (2017). Maternal Decision-making During Pregnancy: Parental Obligations and Cultural Differences. *Best Practice & Research in Clinical Obstetrics & Gynaecology*. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2017.02.002>

Mediaplanet Belgique. (2019). *Les soins centrés sur le patient : un enjeu majeur pour la Wallonie*. Planet Health. <https://fr.planet-health.be/soins-de-sante/les-soins-centres-sur-le-patient-un-enjeu-majeur-pour-la-wallonie/>

Ministère de la santé et de la prévention. (2022). *L'hospitalisation à domicile*. Disponible à l'adresse : <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/had-10951/had> consulté le 02 janvier 2023

Ministre des affaires sociales et de la Santé Publique. (2015). *La réforme du paysage hospitalier et du financement des hôpitaux se poursuit : Maggie De Block lance un appel à projets pilotes sur l'hospitalisation à domicile*. [Communiqué de presse]. https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/2016_05_26_maggie_de_block_lance_un_appel_a_projets_pilotes_sur_lhospitalisation_a_domicile.pdf

Ministre des affaires sociales et de la santé publique. (2016). *La réforme du paysage hospitalier et du financement des hôpitaux se poursuit : Maggie de Block lance un appel à projets pilotes sur l'hospitalisation à domicile.* [Communiqué de presse]. https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/2016_05_26_maggie_de_block_lance_un_appel_a_projets_pilotes_sur_lhospitalisation_a_domicile.pdf

Ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique. (2017). *La réforme du paysage hospitalier et du financement des hôpitaux se poursuit : Douze projets pilotes sur l'hospitalisation à domicile sélectionnés.* [Communiqué de presse]. https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/reforme_20170309_douze_projets_pilote.docx

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2021). *Hospitalisation à domicile : Une feuille de route pour 2021-2026.* <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/had-synthese.pdf>

Moster, D., Lie, R. T. & Markestad, T. (2008). Long-Term Medical and Social Consequence of Preterm Birth. *New England Journal of Medicine*, 359(3), 262-273. <https://doi.org/10.1056/nejmoa0706475>

Moumjid, N., Durand, M. A., Carretier, J., Charuel, E., Daumer, J., Haesebaert, J. *et al.* (2022). Implementation of shared decision-making and patient-centered care in France : Towards a wider uptake in 2022. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 171, 42-48. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2022.03.001>

Murugesu, L., Damman, O. C., Derksen, M. E., Timmermans, D. R., De Jonge, A., Smets, E. M. A. & Fransen, M. P. (2021). Women's Participation in Decision-Making in Maternity Care: A Qualitative Exploration of Clients' Health Literacy Skills and Needs for Support. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 1130. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031130>

Nimmon, L., & Stenfors-Hayes, T. (2016). The “Handling” of power in the physician-patient encounter: perceptions from experienced physicians. *BMC Medical Education*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0634-0>

NSW Health Government. (2018). *Adult and Paediatric Hospital in the Home Guideline.* https://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/GL2018_020.pdf

OCDE. (s.d.). *OECD Statistics*. Disponible à l'adresse <https://stats.oecd.org/> Consulté le 8 december 2022.

Osamor, P. E., & Grady, C. (2016). Women's autonomy in health care decision-making in developing countries: a synthesis of the literature. *International journal of women's health*, 8, 191–202. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S105483>

Queensland government. (2016). *Department of Health: Hospital in the Home Guidelines* <https://www.health.qld.gov.au/system-governance/policies-standards/guidelines/hospital-in-the-home>

Rath, W., Maul, H., Kyvernitakis, I. & Stelzl, P. (2021). Rupture prématurée des membranes avant terme - Prise en charge des patients hospitalisés par rapport aux patients ambulatoires : un examen fondé sur des données probantes. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* , 82 (4), 410–419. <https://doi.org/10.1055/a-1515-2801>

Rochaix, L. (1997). Asymétries d'information et incertitude en santé : les apports de la théorie des contrats. *Économie & prévision*, 129-130, 11-24.

Rozenberg, P. (2014). *Prise en charge des grossesse à risque : quelle place pour le repos ?* Collège national des gynécologues et obstétriciens français. http://www.cngof.fr/briefcase/Journes%20nationales/MAJ%20en%20GO/2014/Mises%20%C3%A0%20jour%20en%20gyn%20et%20obst%20%C3%A9trique%202014/Partie%201_Obst%20%C3%A9trique/Prise%20en%20charge%20des%20grossesses%20%C3%A0%20risque_quelle%20place%20pour%20le%20repos.pdf

Ruhnke, G. W., Wilson, S. B., Akamatsu, T., Kinoue, T., Takashima, Y., Goldstein, M. K., Joffe, S., Hornberger, J. & Raffin, T. A. (2000). Ethical Decision Making and Patient Autonomy. *Chest*, 118(4), 1172–1182. <https://doi.org/10.1378/chest.118.4.1172>

Salvador, A., Davies, B., Fung, K.F., Clinch, J., Coyle, D. & Sweetman, A. (2003). Program evaluation of hospital-based antenatal home care for high-risk women. *Hosp Q*. 2003 Spring;6(3):67-73, 4. doi: 10.12927/hcq..16638. PMID: 12846147.

Santana, M. J., Manalili, K., Jolley, R. J., Zelinsky, S., Quan, H., & Lu, M. (2018). How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 21(2), 429–440. <https://doi.org/10.1111/hex.12640>

Scherler, M., Grampp, M., de Vocht, A. & Rohr, D. (2022). *L'hospitalisation à domicile un modèle d'avenir*. Deloitte. <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/ch/Documents/public-sector/deloitte-ch-fr-hospital-at-home-new.pdf>

Sebai, J. (2016). Une analyse théorique de la coordination dans le domaine des soins : application aux systèmes de soins coordonnés. *Santé Publique*, 28 (2), 223-224.

Sénat de Belgique. (2021a). *Audition sur les violences obstétricales en COMEQUITAS*. https://www.senate.be/www/?MIval=/index_senate&MENUID=51000&LANG=fr&PAGE=/event/20211025-Comequitas/20211025-Comequitas_fr.html

Sénat de Belgique. (2021b). *Demande d'établissement d'un rapport d'information concernant le droit à l'autodétermination corporelle et la lutte contre les violences obstétricales*. <https://www.senate.be/www/webdriver?MItabObj=pdf&MicolObj=pdf&MINamObj=pdfid&MItypeObj=application/pdf&MIvalObj=117440853>

Smeets R. (2021). *Focus : Les formes alternatives de prise en charge : la télémédecine et la HAD*. Santhea. <https://www.santhea.be/CMS/content/images/202109/focus-santhea-les-formes-alternatives-de-prise-en-charge-la-tlmdecine-et-lhad.pdf>

SPF Santé. (2021). *Contrat d'administration : 2019-2021*. https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/boca_2019-2021_spf_sante_publique.pdf

Statbel. (2022). *Mortalité maternelle*. Disponible à l'adresse : <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/mortalite-et-esperance-de-vie/mortalite-maternelle> consulté le 10 janvier 2023.

Tofan, G., Bodolica, V., & Spraggon, M. (2013). Governance mechanisms in the physician patient relationship: a literature review and conceptual framework. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 16(1), 14–31. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2012.00807.x>

Toro, N. (2015). Who global strategy on integrated people-centred health services (IPCHS) / Estrategia mundial en servicios de salud integrada centrado en las personas (IPCHS). *International Journal of Integrated Care*, 15(8). <https://doi.org/10.5334/ijic.2413>

Thuet M.A. (2019) *Grossesse compliquée d'une pathologie obstétricale ou fœtale : représentation de la maladie et vécu de l'hospitalisation en unité de Grossesses à Haut Risque*. Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme. Ecole de sages-femmes de Bordeaux, Bordeaux.

Unisanté Centre de médecine générale et santé publique, Lausanne. (2023). *Méthodes de révélation des préférences en santé*. Disponible à l'adresse <https://www.unisante.ch/fr/formation-recherche/ressources-pour-recherche/eclairages-methodologiques/methodes-revelation> consulté le 27 avril 2023

van den Heuvel, J., Teunis, C., Franx, A., Crombag, N. & Bekker, M. (2020). Home-based telemonitoring versus hospital admission in high risk pregnancies: a qualitative study on women's experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-2779-4>

van den Heuvel, J., Ayubi, S., Franx, A. & Bekker, M. (2020). Home-Based Monitoring and Telemonitoring of Complicated Pregnancies: Nationwide Cross-Sectional Survey of Current Practice in the Netherlands. *JMIR mHealth and uHealth*, 8(10), e18966. <https://doi.org/10.2196/18966>

Van Leeuw V. & Leroy C. (2021). *Santé périnatale en Région bruxelloise –Année 2020*. Centre d'Épidémiologie Périnatale. https://www.cepip.be/img/pdf/rapport_CEPIP_Bxl_2021-fr.pdf

Van Parys, A.-S., Lucet, C., Remacle, A., Di Zinno, T., Verstraelen, H., Mambourg, F. & al. (2008). Soins maternels intensifs (Maternal Intensive Care) en Belgique. *KCE*. <https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/d20081027378.pdf>

Watkins, V., Nagle, C., Kent, B., Street, M., & Hutchinson, A. M. (2022). Labouring Together: Women's experiences of "Getting the care that I want and need" in maternity care. *Midwifery*, 113, 103420. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103420>

WHO. (2011). *Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé*. WHO. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/social-determinants-of-health/rio_political_declaration_french.pdf?sfvrsn=1333226_5

WHO. (2012). *How to Conduct a Discrete Choice Experiment for Health Workforce Recruitment and Retention in Remote and Rural Areas: A User Guide with Case Studies*. WHO. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/586321468156869931/pdf/NonAsciiFileName0.pdf>

WHO. (2019). *Mortalité maternelle*. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality/> consulté le 20 janvier 2023.

WHO. (2015). *Recommandations de l'OMS relatives aux interventions visant à améliorer la santé des nouveau-nés prématurés*. WHO. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204622/WHO_RHR_15.22_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y

WHO. (2016). *Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>

York Health Economics Consortium. (2016). *Discrete Choice Experiment (DCE)*. Disponible à l'adresse : <https://yhec.co.uk/glossary/discrete-choice-experiment-dce/> consulté le 27 avril 2023.

Zizzo, A. R., Hvidman, L., Salvig, J. D., Holst, L., Kyng, M. & Petersen, O. B. (2021). Home management by remote self-monitoring in intermediate- and high-risk pregnancies: A retrospective study of 400 consecutive women. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 101(1), 135–144. <https://doi.org/10.1111/aogs.14294>

Table des annexes

Annexe 1 : Le questionnaire	67
Annexe 2 : Le document d'information patient et le formulaire de consentement.....	74
Annexe 3 : Avis favorable du comité d'éthique.....	78
Annexe 4 : Tableau complet des caractéristiques de l'échantillon et test de Khi carré de Pearson.....	80
Annexe 5 : Complications de grossesse et test de Khi carré de Pearson.....	85
Annexe 6 : Caractéristiques socio-démographiques des femmes enceintes consultant au CHU Saint-Pierre	87

Annexe 1 : Le questionnaire

Voici ci-dessous la première partie du questionnaire qui a pour objectif de récolter plusieurs informations vous concernant.

1) Quel est votre âge ?

- Vous avez moins de 20 ans
- Vous avez entre 20 et 30 ans
- Vous avez entre 30 et 40 ans
- Vous avez plus de 40 ans

2) Quel est votre pays d'origine ?

- Vous êtes belge
- Vous êtes originaire d'un autre pays d'Europe
- Vous êtes originaire d'Afrique du Nord
- Vous êtes originaire d'un autre pays d'Afrique
- Vous êtes originaire d'un autre pays

3) Quel est votre lieu de résidence ?

- Vous vivez à Bruxelles
- Vous vivez en Wallonie
- Vous vivez en Flandre
- Autre

4) Vivez-vous en cohabitation ?

- Vous vivez seule
- Vous vivez seule avec vos enfants
- Vous vivez en couple sans enfant

- Vous vivez en couple avec enfant
- Autre

5) Combien de temps mettez-vous en moyenne pour vous rendre de chez vous à l'hôpital ?

- La durée du trajet est de moins de 15 min
- La durée du trajet en moyenne est entre 15-30 min
- La durée du trajet en moyenne est entre 30-45 min
- La durée du trajet est en moyenne de plus 45 min

6) Comment vous êtes-vous déplacée jusqu'à l'hôpital aujourd'hui ?

- Vous vous êtes déplacée en voiture
- Vous vous êtes déplacée en transports en commun
- Vous vous êtes déplacée à pied
- Vous vous êtes déplacée en taxi
- Vous vous êtes déplacée autrement

7) Quel est votre niveau scolaire ?

- Vous n'avez jamais été scolarisée
- Vous avez terminé l'école primaire
- Vous avez terminé l'école secondaire
- Vous avez effectué des études supérieures

8) Quelle est votre situation professionnelle actuelle ?

- Vous êtes salariée
- Vous êtes indépendante

- Vous êtes au chômage ou demandeuse d'emploi
- Vous êtes étudiante ou élève
- Vous êtes femme au foyer
- Vous êtes dans une autre situation

9) Estimez-vous que vous rencontrez des difficultés financières ?

- Oui, souvent
- Oui, parfois
- Non

10) Avez-vous déjà eu des grossesses avant celle-ci ?

- Oui
- Non

Si oui, à la question 10 :

10.1 Avez-vous eu une complication médicale ou un problème de santé lors de vos grossesses précédentes ?

- Oui
- Non

Si oui à la question 10.1 :

10.1.1, De quel(s) problème(s) s'agissait(en)t-il(s) ? Vous avez la possibilité de cocher plusieurs cases.

- J'ai eu un accouchement prématuré
- J'ai perdu les eaux avant le terme
- J'ai eu un diabète de grossesse
- J'ai eu une hypertension ou une prééclampsie
- J'ai eu un placenta prævia

- J'ai eu une cholestase gravidique
- J'ai eu une complication mais non citée ci-dessus (champs ouvert)

10.1.2 Durant cette grossesse ou les grossesses précédentes, le médecin vous a-t-il demandé de rester au repos ?

- Oui
- Non

Si oui à la question 10.1.2 :

10.1.2.1 Que vous a conseillé votre médecin ?

- Le médecin a demandé que je reste au repos à l'hôpital
- Le médecin a demandé que je reste au repos au lit à la maison
- Le médecin a demandé que j'arrête de travailler ou que je diminue mes activités

Si oui à la question 10.1 :

10.1.3 Avez-vous déjà été hospitalisée lors de vos grossesses précédentes ou lors de celle-ci pour une grossesse à risque

- Oui
- Non

Si oui à la question 10.1.3 :

10.1.3.1 : Pour quelle(s) raison(s) avez-vous été hospitalisée ? (Champ ouvert)

Si oui à la question 10 :

10.2 : Combien d'enfant(s) avez-vous (excepté la grossesse actuelle) ? (Champ ouvert)

10.3 : Si vous deviez rester à l'hôpital quelques jours, avez-vous une personne dans votre entourage qui pourra vous fournir de l'aide pour s'occuper de vos enfants ?

- Oui, une personne de mon entourage pourra s'occuper de mes enfants
- Non, je ne connais personne qui pourra s'occuper de mes enfants

11) Comment décririez-vous le soutien de votre entourage pendant la grossesse actuelle ?

- Je me sens très bien entourée
- Je me sens bien entourée
- Je me sens peu entourée
- Je ne me sens pas du tout entourée

Dans cette deuxième partie de questionnaire, je vais vous présenter une situation fictive, je vais ensuite vous présenter huit choix et vous demander si ces choix sont acceptables pour vous ou non.

« Imaginez que vous êtes enceinte de sept mois de grossesse, vous avez un travail difficile où vous dormez peu et vous bougez beaucoup. Lors d’une consultation de contrôle, le médecin vous apprend que votre col utérin s’est légèrement modifié, il est un peu plus court que ce qu’il ne devrait être. Le médecin vous conseille d’arrêter toute activité professionnelle et de vous reposer un maximum. Pour plus de sécurité, il vous informe qu’une surveillance de vos contractions par un monitoring est nécessaire. »

Est-ce que les scénarios proposés sont acceptables pour vous ?

	Choix	Oui	Non
1	<p>Vous restez à domicile :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fréquence des visites de vos proches : libre - Fréquence des visites de la sage-femme : maximum 3 fois par semaine. - Premier contact avec une sage-femme en cas d’urgence : téléphonique (présentiel si nécessaire). - Nombre de sages-femmes qui réalisent les soins : maximum sages-femmes différentes. <p>Est-ce que ce scénario est acceptable pour vous ?</p>		
2	<p>Vous restez à domicile :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fréquence de visite de vos proches : libre - Fréquence des visites de la sage-femme : maximum 3 fois par semaine. 		

	<p>- Premier contact avec une sage-femme en cas d'urgence : présentiel.</p> <p>- Nombre de sages-femmes qui réalisent les soins : minimum 6 sages-femmes différentes</p> <p>Est-ce que ce scénario est acceptable pour vous ?</p>		
3	<p>Vous restez à domicile :</p> <p>- Fréquence des visites de vos proches : libre</p> <p>- Fréquence des visites de la sage-femme : minimum 3 fois par jour.</p> <p>- Premier contact avec une sage-femme en cas d'urgence : téléphonique (présentiel si nécessaire).</p> <p>- Nombre de sages-femmes qui réalisent les soins : minimum 6 sages-femmes différentes.</p> <p>Est-ce que ce scénario est acceptable pour vous ?</p>		
4	<p>Vous restez à domicile :</p> <p>- Fréquence des visites de vos proches : libre</p> <p>- Fréquence des visites de la sage-femme : minimum 3 fois par jour.</p> <p>- Premier contact avec une sage-femme en cas d'urgence : présentiel.</p> <p>- Nombre de sages-femmes qui réalisent les soins : maximum 6 sages-femmes différentes.</p> <p>Est-ce que ce scénario est acceptable pour vous ?</p>		
5	<p>Vous êtes prise en charge à l'hôpital :</p> <p>- Fréquence de visite de vos proches : limitée.</p> <p>- Fréquence des visites de la sage-femme : maximum 3 fois par semaine.</p> <p>- Premier contact avec une sage-femme en cas d'urgence : téléphonique (présentiel si nécessaire).</p> <p>- Nombre de sages-femmes qui réalisent les soins : minimum 6 sages-femmes différentes.</p> <p>Est-ce que ce scénario est acceptable pour vous ?</p>		

6	<p>Vous êtes prise en charge à l'hôpital :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fréquence des visites de vos proches : limitée. - Fréquence des visites de la sage-femme : maximum 3 fois par semaine. - Premier contact avec une sage-femme en cas d'urgence : présentiel. - Nombre de sages-femmes qui réalisent les soins : maximum 6 sages-femmes différentes. <p>Est-ce que ce scénario est acceptable pour vous ?</p>		
7	<p>Vous êtes prise en charge à l'hôpital :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fréquence des visites de vos proches : limitée. - Fréquence des visites de la sage-femme : minimum 3 fois par jour. - Premier contact avec une sage-femme en cas d'urgence : téléphonique (présentiel si nécessaire). - Nombre de sages-femmes qui réalisent les soins : maximum 6 sages-femmes différentes. <p>Est-ce que ce scénario est acceptable pour vous ?</p>		
8	<p>Vous êtes prise en charge à l'hôpital :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fréquence des visites de vos proches : limitée. - Fréquence des visites de la sage-femme : minimum 3 fois par jour. - Premier contact avec une sage-femme en cas d'urgence : présentiel. - Nombre de sages-femmes qui réalisent les soins : minimum 6 sages-femmes différentes. <p>Est-ce que ce scénario est acceptable pour vous ?</p>		

Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

Annexe 2 : Le document d'information patient et le formulaire de consentement

Vous êtes invitée à participer de façon volontaire à une étude dans le cadre d'une recherche pour un mémoire étudiant. Avant d'accepter d'y participer, il est important de lire ce formulaire d'informations qui décrit l'objectif et les modalités pratiques de cette étude. Vous avez le droit d'abandonner l'étude à tout moment et de ne pas répondre à une question si vous le souhaitez.

L'enquêtrice (Laura) est disponible si vous avez des questions sur l'étude, le questionnaire ou le fonctionnement de la tablette. Si vous souhaitez ultérieurement recevoir des informations ou si vous avez des questions, voici les coordonnées des personnes responsables de cette recherche :

- laura.amand@student.uclouvain.be (mémorante)
- julie.nagel@stpierre-bru.be
- sandy.tubeuf@uclouvain.be (promotrice)
- charlotte.desterbecq@uclouvain.be (co-promotrice)

Objectifs

Ce questionnaire est réalisé dans le cadre d'un mémoire universitaire en Santé Publique, en vue de l'obtention d'un diplôme de fin d'études. Cette étude cherche à déterminer les préférences des femmes enceintes concernant le type d'hospitalisation dans un contexte de grossesse à risques. Elle cherche aussi à comprendre si ces préférences varient en fonction de certaines caractéristiques démographiques, sociales et économiques.

Le questionnaire est composé de deux parties. La première partie des informations (anonymes) sur vous telles que votre âge, statut d'emploi, niveau de scolarité, conditions de vie, et le nombre d'enfants que vous avez.

La deuxième partie se rapporte aux choix que vous préféreriez faire concernant le type d'hospitalisation si vous aviez une grossesse à risques. Nous allons vous présenter des possibilités de prise en charge et vous devrez déterminer si cette proposition de prise en charge est acceptable ou non selon vous.

Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Vous êtes invitées à répondre ce qui vous semblerait le plus acceptable dans le cas où vous auriez une grossesse « à risques ».

Il vous faudra approximativement 20 minutes pour répondre au questionnaire.

Promoteur de l'enquête

L'investigatrice principale de la recherche est Julie Nagel, médecin cheffe du service MIC (Maternal Intensive Care) au CHU Saint-Pierre.

L'équipe de recherche de l'étude inclut la promotrice de l'enquête la Pr Sandy Tubeuf, professeure en économie de la santé à l'UCLouvain, Charlotte Desterbecq, assistante de recherche et d'enseignement à l'UCLouvain et Laura Amand, étudiante en Master en sciences de la Santé Publique à l'UCLouvain.

Participation volontaire

Votre participation à ce questionnaire est entièrement volontaire et vous avez le droit de refuser d'y participer. Vous avez également le droit d'arrêter de le remplir le questionnaire à tout moment, sans en préciser la raison, même après avoir accepté d'y participer. Toutefois, les données collectées jusqu'à l'arrêt de la participation au questionnaire font partie intégrante de celle-ci. Votre refus de participer à cette recherche n'entraînera pour vous aucune pénalité ni perte d'avantages.

Bénéfices et risques

Nous ne pouvons vous assurer que si vous acceptez de participer à ce questionnaire, vous tirerez personnellement un quelconque bénéfice direct de votre participation. Cependant, les informations obtenues grâce à cette étude pourront contribuer à une meilleure connaissance des préférences des femmes enceintes par rapport aux différentes hospitalisations possibles dans la prise en charge de grossesses dites « pathologiques ». Il n'y a par ailleurs, aucun risque de participation à ce questionnaire.

Assurance

Si vous ou vos ayants droit (famille) subissez un dommage lié à cette enquête en ligne, ce dommage sera indemnisé par l'Université catholique de Louvain conformément à la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine du 7 mai 2004. Vous ne devez prouver la faute de quiconque.

Protection de la vie privée

Votre identité et votre participation à ce questionnaire demeureront strictement confidentielles. Ce questionnaire n'inclut aucune question permettant d'identifier les participants et aucune donnée personnelle sensible n'est collectée. Vous ne serez pas identifiée par votre nom ni

d'aucune autre manière reconnaissable dans aucun des dossiers, résultats ou publications en rapport avec l'étude. Les données seront gérées par le Dr Julie Nagel, la Prof. Sandy Tubeuf, Desterbecq Charlotte et Amand Laura. Les données seront conservées pour le temps de la recherche et pour un maximum de 20 ans à compter du jour de collecte.

La protection des données personnelles est assurée par la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée et par les réglementations européennes (réglementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018) et belges en vigueur. Ces droits sont également garantis par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient. Selon le RGPD, vous disposez d'un droit de regard sur le traitement de vos données. Si vous avez des questions à ce sujet, vous pouvez contacter le responsable de la protection des données du centre d'étude à l'adresse suivante : dpo@stpierre-bru.be

En cas de plainte concernant le mode de traitement de vos données, vous pouvez contacter l'Autorité Belge de Protection des Données : Rue de la Presse 35 - 1000 Bruxelles - Tél. : 02 274 48 00 - e-mail : contact@apd-gba.be

Comité d'éthique

Ce questionnaire a été évalué par le comité d'éthique du CHU Saint-Pierre, qui a émis un avis favorable à la date du 17/01/2023 (comite_ethique@stpierre-bru.be)

Personnes à contacter si vous avez des questions à propos du questionnaire

Si vous estimez avoir subi un dommage lié au questionnaire ou si vous avez des questions, voulez donner un avis ou exprimer des craintes à propos de l'expérimentation ou à propos de vos droits en tant que patient participant à une étude clinique, maintenant, durant ou après votre participation, n'hésitez pas à contacter les responsables de l'étude :

- Laura Amand : laura.amand@student.uclouvain.be
- Prof. Sandy Tubeuf: sandy.tubeuf@uclouvain.be
- Dr. Julie Nagel: julie.nagel@stpierre-bru.be
- Charlotte Desterbecq : charlotte.desterbecq@uclouvain.be
- En cas de problème non résolu par l'investigateur, vous pouvez contacter le Comité d'éthique du CHU Saint-Pierre : comite_ethique@stpierre-bru.be

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE AU PARTICIPANT

- 1) Je déclare avoir lu l'information qui précède et accepter de répondre au questionnaire, j'ai reçu une explication concernant la nature, le but, la durée du questionnaire et j'ai été informée de ce qu'on attend de ma part.
- 2) J'ai été informée de l'existence d'une assurance.
- 3) Je sais que cette enquête a été soumise et approuvée par le Comité d'Ethique du CHU Saint-Pierre
- 4) Je suis libre de participer ou non, de même que d'arrêter de répondre au questionnaire à tout moment sans qu'il soit nécessaire de justifier ma décision et sans que cela n'entraîne le moindre désavantage.
- 5) Je n'ai subi aucune pression physique ni psychologique indue pour ma participation à ce questionnaire.
- 6) Je consens de mon plein gré à participer à ce questionnaire.
- 7) J'ai été informée de la durée nécessaire pour répondre au questionnaire : 20 minutes.
- 8) En signant au bas de ce formulaire, j'autorise l'utilisation des données me concernant dans le respect de
 - la loi belge du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée ;
 - la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient ;
 - la loi du 7 mai 2004 relative à l'expérimentation sur la personne humaine ;
 - les réglementations européennes (réglementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018) et belges en vigueur.

J'ai été informée au sujet de l'étude et j'accepte d'y participer,

Date :

Signature :

Annexe 3 : Avis favorable du comité d'éthique



COMITE LOCAL D'ETHIQUE HOSPITALIER
N° d'agrégation : O.M. 007

CE/23-01-03

Président :

Dr. E. STEVENS

Membres médecins :

Dr. M. HAINAUT
Dr. V. MULS
Dr. P. KAPESSIDOU
Dr. M. TONDEUR

Membres non médecins :

Mme T. LOCOGE
(Juriste)
Mme M. MONS
(Pharmacienne)

Membres Infirmiers :

Mme M. CHARLIER
Mme F. TACA

Secrétariat :

Mr C. VANDENBERGHE

Tél. 02/535.44.81
Fax 02/535.42.24



CHU St. Pierre
Mme Laura AMAND
Dr Julie NAGEL
Pr Christine GILLES
Gynécologie obstétrique

Bruxelles, le 17 janvier 2023

Cher Confrère,

Le Comité d'Ethique du C.H.U. Saint-Pierre, en sa séance du 16 janvier 2023 a examiné le protocole d'étude intitulé:

Les préférences des femmes enceintes dans le type d'hospitalisation durant la grossesse pathologique : une expérimentation à choix discrets au CHU Saint-Pierre.

B0762023230103

Le Comité d'Ethique rend un avis favorable à la réalisation de l'étude au sein du C.H.U. Saint-Pierre.

Le Comité d'Ethique souhaite que les études se réalisent selon la loi du 7 mai 2004 et selon les règles de l'« International Conference on Harmonisation of technical requirements for registration of pharmaceuticals for human use » (I.C.H. Steering Committee du 1er mai 1996) (*).

Le Comité d'Ethique rappelle également les règles de « bonne pratique clinique » ou « good clinical practice » (*) appliquées depuis juillet 1991 dans la Communauté Européenne et notamment:

→Le point 3.3.6 : aucun sujet ne doit être autorisé à participer à un essai avant que le Comité d'Ethique n'ait remis par écrit son avis favorable

→Le point 3.3.7 : aucune variante ou modification ne doit être apportée au protocole avant que le Comité d'Ethique n'ait donné par écrit son avis favorable à cet égard, sauf lorsque le changement proposé est nécessaire pour éliminer un danger immédiat pour les sujets ou qu'il concerne uniquement un aspect logistique ou administratif de l'essai.



→Le point 3.3.8 : l'investigateur doit informer rapidement le Comité d'Ethique :

- a. Des variantes ou modifications apportées au protocole pour éliminer des dangers immédiats pour les sujets participants à l'essai ;
- b. Des modifications entraînant un accroissement des risques pour les sujets ou ayant une incidence considérable sur le déroulement de l'essai ;
- c. De toute réaction indésirable à un médicament qui est grave et inattendue ;
- d. Des nouveaux renseignements sur des éléments susceptibles de nuire à l'innocuité des sujets ou au déroulement de l'essai.

Il est bien évident que les investigateurs faisant partie du Comité d'Ethique ne participent pas au vote.

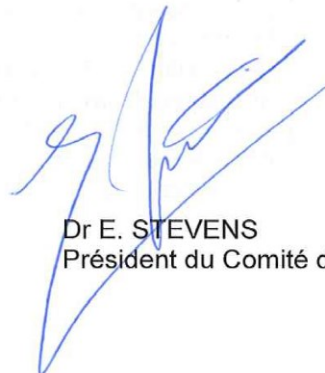
Le Comité d'Ethique souhaite également que les investigateurs veillent au respect des textes du Règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016 et de la Loi belge du 30 juillet 2018 relatifs à la protection des données personnelles. Nous vous rappelons que pour toute étude, un Privacy Impact Assessment doit être complété et validé par notre Data Protection Officer, Mme D. DUHOUX (02/535.36.34).

Si dans le cadre de la recherche pour laquelle vous demandez l'avis du Comité, un certain nombre d'investigations doivent être pratiquées (biologie, imagerie, endoscopie, ...) nous attirons votre attention sur le fait que seules les prestations de soins qui auraient été effectuées dans le cadre de la pratique courante peuvent être imputées au patient, à son organisme assureur et à l'INAMI.

En fonction des besoins de l'étude, le comité d'éthique insiste pour que l'investigateur prenne contact avec :

- le service facturation de l'hôpital (Mr. P. RANSBOTYN : 02/535.41.05)
- le service comptabilité (Mme L. MONART : 02/535.40.33)
- la pharmacie (Mme C. VAES : 02/535.46.30 pour les médicaments et Mme M. MONS 02/535.44.62 pour les medical devices)
- le LHUB (Mme F. HANNAERT : clinical.research@LHUB-ULB.be - 02/555.34.27).

Nous vous prions d'agréer, Cher Confrère, l'expression de nos sentiments les meilleurs.



Dr E. STEVENS
Président du Comité d'Ethique

Annexe 4 : Tableau complet des caractéristiques de l'échantillon et test de Khi carré de Pearson

	Fréquences	Test de Khi carré de Pearson											
	Total N =60 (%)	Attribut 1 Le lieu de prise en charge (p-valeur)			Attribut 2 La fréquence des visites effectuées par la sage-femme (p-valeur)			Attribut 3 Le type de contact avec une sage-femme en cas d'urgence (p-valeur)			Attribut 4 La continuité des soins (p-valeur)		
Age		0.72			0.005			<0.001			0.81		
		P	I	C	P	I	C	P	I	C	P	I	C
- Moins de 20 ans	0 (0)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- Entre 20 et 30 ans	22 (36.7)	2/22	20/22	0/22	0/22	21/22	1/22	0/22	22/22	0/22	0/22	22/22	0/22
- Entre 30 et 40 ans	34 (56.7)	2/34	30/34	2/34	0/34	31/34	3/34	0/34	34/34	0/34	1/34	32/34	1/34
- Plus de 40 ans	4 (6.7)	0/4	4/4	0/4	1/4	3/4	0/4	1/4	3/4	0/4	0/4	4/4	0/4
Pays d'origine :		0.73			0.68			0.78			0.12		
		P	I	C	P	I	C	P	I	C	P	I	C
- Belgique	18 (30.0)	1/18	17/18	0/18	0/18	18/18	0/18	0/18	18/18	0/18	0/18	18/18	0/18
- Autres pays d'Europe	7 (11.7)	0/7	6/7	1/7	0/7	7/7	0/7	0/7	7/7	0/7	0/7	7/7	0/7
- Afrique du Nord	8 (13.3)	1/8	7/8	0/8	0/8	7/8	1/8	0/8	8/8	0/8	0/8	8/8	0/8
- Autres pays d'Afrique	22 (36.6)	2/22	19/22	1/22	1/22	19/22	2/22	1/22	21/22	0/22	0/22	21/22	1/22
- Autres Pays	5 (8.3)	0/5	5/5	0/5	0/5	4/5	1/5	0/5	5/5	0/5	1/5	4/5	0/5

Lieu d'habitation :		0.97			0.005			0.98			> 0.99		
		P	I	C	P	I	C	P	I	C	P	I	C
- Bruxelles	50 (83.3)	4/50	44/50	2/50	1/50	47/50	2/50	1/50	49/50	0/50	1/50	48/50	1/50
- Flandre	3 (5.0)	0/3	3/3	0/3	0/3	2/3	1/3	0/3	3/3	0/3	0/3	3/3	0/3
- Wallonie	6 (10.0)	0/6	6/6	0/6	0/6	6/6	0/6	0/6	6/6	0/6	0/6	6/6	0/6
- Autre	1 (1.7)	0/1	1/1	0/1	0/1	0/1	1/1	0/1	1/1	0/1	0/1	1/1	0/1
Durée du domicile pour se rendre à l'hôpital		0.15			0.15			0.3			0.28		
		P	I	C	P	I	C	P	I	C	P	I	C
- Moins de 15 min	8 (13.3)	2/8	5/8	1/8	0/8	6/8	2/8	0/8	8/8	0/8	0/8	7/8	1/8
- Entre 15 et 30 min	31 (51.7)	1/31	29/31	1/31	0/31	29/31	2/31	0/31	31/31	0/31	1/31	30/31	0/31
- Entre 30 et 45 min	13 (21.7)	0/13	13/13	0/13	1/13	12/13	0/13	1/13	12/13	0/13	0/13	13/13	0/13
- Plus de 45 min	8 (13.3)	1/8	7/8	0/8	0/8	8/8	0/8	0/8	8/8	0/8	0/8	8/8	0/8
Moyens de déplacement		0.03			0.27			0.93			0.99		
		P	I	C	P	I	C	P	I	C	P	I	C
- A pied	3 (5.0)	0/3	3/3	0/3	0/3	3/3	0/3	0/3	3/3	0/3	0/3	3/3	0/3
- En transport en commun	42 (70.0)	3/42	38/42	1/42	1/42	40/42	1/42	1/42	41/42	0/42	1/42	40/42	1/42
- En voiture	13 (21.7)	1/13	12/13	0/13	0/13	10/13	2/13	0/13	13/13	0/13	0/13	13/13	0/13
- Autre	2 (3.3)	0/2	1/2	1/2	0/2	2/2	0/2	0/2	2/2	0/2	0/2	2/2	0/2

Niveau de scolarité		0.14			0.88			0.8			< 0.001		
		P	I	C	P	I	C	P	I	C	P	I	C
- Aucune scolarisation	2 (3.3)	1/2	1/2	0/2	0/2	2/2	0/2	0/2	2/2	0/2	0/2	1/2	1/2
- Etudes primaires	10 (16.7)	1/10	9/10	0/10	0/10	9/10	1/10	0/10	10/10	0/10	1/10	9/10	0/10
- Études secondaires	18 (30.0)	2/18	15/18	1/18	0/18	16/18	2/18	0/18	18/18	0/18	0/18	18/18	0/18
- Études supérieures	30 (50.0)	0/30	29/30	1/30	1/30	28/30	1/30	1/30	29/30	0/30	0/30	30/30	0/30
Situation professionnelle		0.58			0.69			0.69			0.74		
		P	I	C	P	I	C	P	I	C	P	I	C
- Salariée	16 (26.7)	0/16	15/16	1/16	0/16	16/16	0/16	0/16	16/16	0/16	0/16	16/16	0/16
- Indépendante	5 (8.3)	0/5	5/5	0/5	0/5	4/5	1/5	0/5	5/5	0/5	0/5	5/5	0/5
- Élève ou étudiante	5 (8.3)	0/5	5/5	0/5	0/5	5/5	0/5	0/5	5/5	0/5	0/5	5/5	0/5
- Demandeuse d'emploi	15 (25.0)	3/15	12/15	0/15	1/15	13/15	1/15	1/15	14/15	0/15	0/15	15/15	0/15
- Sans activité professionnelle active	14 (23.3)	1/14	12/14	1/14	0/14	13/14	1/14	0/14	14/14	0/14	1/14	12/14	1/14
- Autre situation	5 (8.3)	0/5	5/5	0/5	0/5	4/5	1/5	0/5	5/5	0/5	0/5	5/5	0/5
Difficulté financière		0.34			0.75			0.68			0.23		
		P	I	C	P	I	C	P	I	C	P	I	C
- Régulièrement	8 (13.3)	2/8	6/8	0/8	0/8	8/8	0/8	0/8	8/8	0/8	0/8	7/8	1/8
- Parfois	24 (40.0)	2/24	21/24	1/24	1/24	22/24	1/24	1/24	23/24	0/24	1/24	23/24	0/24
- Aucune	26 (43.3)	0/26	25/26	1/26	0/26	23/26	3/26	0/26	26/26	0/26	0/26	26/26	0/26
- Refus de réponse	2 (3.3)	0/2	2/2	0/0	0/2	2/2	0/2	0/2	2/2	0/2	0/2	2/2	0/2

Ménage		0.47			0.12			0.4			0.97		
		P	I	C	P	I	C	P	I	C	P	I	C
- Vit en couple sans enfant	13 (21.7)	0/13	13/13	0/13	0/13	13/13	0/13	0/13	13/13	0/13	0/13	13/13	0/13
- Vit en couple avec enfant(s)	28 (46.7)	4/28	22/28	2/28	0/28	27/28	1/28	0/28	28/28	0/28	1/28	26/28	1/28
- Vit Seule	6 (10.0)	0/6	6/6	0/6	0/6	6/6	0/6	0/6	6/6	0/6	0/6	6/6	0/6
- Vit seule avec enfant(s)	12 (20.0)	0/12	12/12	0/12	1/12	8/12	3/12	1/12	11/12	0/12	0/12	12/12	0/12
- Autre	1 (1.7)	0/1	1/1	0/1	0/1	1/1	0/1	0/1	1/1	0/1	0/1	1/1	0/1
Sentiment de soutien social		0.92			0.09			0.12			0.61		
		P	I	C	P	I	C	P	I	C	P	I	C
- Se sent très bien entourée	29 (48.3)	2/29	26/29	1/29	0/29	27/29	2/29	0/29	29/29	0/29	0/29	29/29	0/29
- Se sent bien entourée	19 (31.7)	2/19	16/19	1/19	0/19	19/19	0/19	0/19	19/19	0/19	1/19	17/19	1/19
- Se sent peu entourée	9 (15.0)	0/9	9/9	0/9	1/9	7/9	1/9	1/9	8/9	0/9	0/9	9/9	0/9
- Ne se sent pas entourée	3 (5.0)	0/3	3/3	0/3	0/3	2/3	1/3	0/3	3/3	0/3	0/3	3/3	0/3
Nombre d'enfants		0.41			0.94			0.64			0.41		
		P	I	C	P	I	C	P	I	C	P	I	C
- Pas d'enfant	20 (33.3)	0/20	20/20	0/20	0/20	19/20	1/20	0/20	20/20	0/20	0/20	20/20	0/20
- 1 enfant	14 (23.3)	0/14	13/14	1/14	1/14	12/14	1/14	1/14	13/14	0/14	1/14	13/14	1/14
- 2 enfants	11 (18.3)	2/11	9/11	0/11	0/11	10/11	1/11	0/11	11/11	0/11	0/11	11/11	0/11
- 3 enfants	10 (16.7)	1/10	8/10	1/10	0/10	9/10	1/10	0/10	10/10	0/10	1/10	8/10	1/10

- 4 enfants	4 (6.7)	1/4	3/4	0/4	0/4	4/4	0/4	0/4	4/4	0/4	0/4	4/4	0/4
- 5 enfants	1 (1.7)	0/1	1/1	0/1	0/1	1/1	0/1	0/1	1/1	0/1	0/1	1/1	0/1
1ere grossesse		0.3			0.82			0.54			0.69		
		P	I	C	P	I	C	P	I	C	P	I	C
- Oui	16 (26.7)	0/16	16/16	0/16	0/16	15/16	1/16	0/16	16/16	0/16	0/16	16/16	0/16
- Non	44 (73.3)	4/44	38/44	2/44	1/44	40/44	3/44	1/44	43/44	0/44	1/44	42/44	1/44
Sous-groupe : 2 ^e grossesse et plus n= 44		0.47			0.18			0.18			0.31		
Antécédent de complication obstétricale :		P	I	C	P	I	C	P	I	C	P	I	C
- Oui	16 (26.7)	1/16	15/16	0/16	1/16	15/16	0/16	1/16	15/16	0/16	0/16	15/16	1/16
- Non	28 (46.7)	3/28	23/28	2/28	0/28	25/28	3/28	0/28	28/28	0/28	1/28	2/28	0/28
Sous-groupe : Au moins 1 enfant n=40		0.41			0.57			0.61			0.77		
Entourage présent pour garder les enfants		P	I	C	P	I	C	P	I	C	P	I	C
- Oui	32 (53.3)	4/32	26/32	2/32	1/32	28/32	3/32	1/32	31/32	0/32	1/32	30/32	1/32
- Non	8(13.3)	0/8	8/8	0/8	0/8	8/8	0/8	0/8	8/8	0/8	0/8	8/8	0/8

Légende : P = « Pour le niveau de l'hospitalisation classique », I = « Indifférente », C = « Contre le niveau de l'hospitalisation classique »

Annexe 5 : Complications de grossesse et test de Khi carré de Pearson

	Fréquences	Test de Khi carré de Pearson											
	Total N=16 (%)	Attribut 1 (P-valeur)			Attribut 2 (P-valeur)			Attribut 3 (P-valeur)			Attribut 4 (P-valeur)		
Antécédents obstétricaux		0.97			0.97			0.97			0.97		
		P	I	C	P	I	C	P	I	C	P	I	C
- Diabète gestationnel	6 (37.5)	1/6	5/6	0/6	1/6	5/6	0/6	1/6	5/6	0/6	0/6	5/6	1/6
- Fausses couches	3 (18.8)	0/3	3/3	0/3	0/3	3/3	0/3	0/3	3/3	0/3	0/3	3/3	0/3
- Vomissements gravidiqes	1 (6.3)	0/1	1/1	0/1	0/1	1/1	0/1	0/1	1/1	0/1	0/1	1/1	0/1
- Pyélonéphrite	1 (6.3)	0/1	1/1	0/1	0/1	1/1	0/1	0/1	1/1	0/1	0/1	1/1	0/1
- Hypertension ou prééclampsie	1 (6.3)	0/1	1/1	0/1	0/1	1/1	0/1	0/1	1/1	0/1	0/1	1/1	0/1
- Accouchement prématuré	1 (6.3)	0/1	1/1	0/1	0/1	1/1	0/1	0/1	1/1	0/1	0/1	1/1	0/1
- Problème de thyroïde	1 (6.3)	0/1	1/1	0/1	0/1	1/1	0/1	0/1	1/1	0/1	0/1	1/1	0/1
- Non cité	2 (12.6)	0/2	2/2	0/2	0/2	2/2	0/2	0/2	2/2	0/2	0/2	2/2	0/2
Hospitalisation		0.74			0.55			0.55			0.74		
		P	I	C	P	I	C	P	I	C	P	I	C
- Oui	4 (25.0)	1/4	3/4	0/4	0/4	4/4	0/4	0/4	4/4	0/4	0/4	3/4	1/4

- Non	12 (75.0)	0/12	12/12	0/12	1/12	12/12	0/12	1/12	12/12	0/12	0/12	12/12	0/12
Mise au repos		0.24			0.36			0.36			0.24		
		P	I	C	P	I	C	P	I	C	P	I	C
- Oui	9 (56.3)	0/9	9/9	0/9	1/9	8/9	0/9	1/9	8/9	0/9	0/9	9/9	0/9
- Non	7 (43.7)	1/7	6/7	0/7	0/7	7/7	0/7	0/7	7/7	0/7	0/7	6/7	1/7
Sous-groupe n=9		/*			0.34			0.343			/*		
Type de repos		P	I	C	P	I	C	P	I	C	P	Î	C
- Arrêt de travail ou réduction activités	5 (31.3)	0/5	5/5	0/5	1/5	4/5	0/5	1/5	4/5	0/5	0/5	5/5	0/5
- Repos au lit à domicile	4 (25.0)	0/4	4/5	0/4	0/4	4/5	0/4	0/4	4/5	0/4	0/4	4/5	0/4

Légende : P = « Pour le niveau de l'hospitalisation classique », I = « Indifférente », C = « Contre le niveau de l'hospitalisation classique »

* Pas de p-valeur car l'attribut dans ce cas-ci est une constante

Annexe 6 : Caractéristiques socio-démographiques des femmes enceintes consultant au CHU Saint-Pierre

	Fréquences	
	Echantillon N =60 (%)	Patientes de Saint-Pierre N= 2422*(%)
Âge :		
- Moins de 20 ans	0 (0)	85 (3.5)
- Entre 20 et 30 ans	22 (36.7)	946 (39.1)
- Entre 30 et 40 ans	34 (56.7)	1230 (50.8)
- Plus de 40 ans	4 (6.7)	161 (6.6)
Pays d'origine :		
- Belgique	18 (30.0)	582 (24.0)
- Autres pays d'Europe	7 (11.7)	375 (15.5)
- Afrique du Nord	8 (13.3)	462 (19.1)
- Autres pays d'Afrique	22 (36.0)	627 (25.9)
- Autres Pays	5 (8.3)	338 (14.0)
- Manquants	0 (0)	38 (1.6)
Niveau de scolarité		
- Etudes primaires	10 (16.7)	656 (27.1)
- Études secondaire	18 (30.0)	870 (35.9)
- Études supérieures	30 (50.0)	407 (16.8)
- Autre	2 (3.3)	15 (0.6)
- Manquants	0 (0)	474 (19.0)
Situation professionnelle		
- Occupe un emploi	21 (35.0)	688 (28.4)
- Élève ou étudiante	5 (8.3)	86 (3.6)
- Sans activité professionnelle	29 (48.3)	1160 (47.9)
- Autre situation	5 (8.3)	20 (0.8)
- Manquant	0 (0)	300 (12.4)
Ménage		
- Vit en couple	41 (68.3)	1882 (77.7)

- Vit Seule	18 (30.0)	148 (6.1)
- Autre	1 (1.7)	88 (4.0)
- Manquant	0 (0)	294 (12.1)
Nombre d'enfants		
- Pas d'enfant	20 (33.3)	804 (33.2)
- 1 enfant	14 (23.3)	769 (31.8)
- 2 enfants	11 (18.3)	438 (18.1)
- 3 enfants	10 (16.7)	266 (10.9)
- 4 enfants	4 (6.7)	91 (3.8)
- 5 enfants ou plus	1 (1.7)	54 (2.2)

* Au total, 3157 patientes ont accouché au CHU Saint-Pierre en 2019, 2422 ont également fait leur suivi prénatal au CHU Saint-Pierre. 735 patientes ont été suivies à l'extérieur de l'hôpital, elles ont été exclues de cette analyse car les données étaient incomplètes.

