

Faculté de santé publique

Analyse de l'organisation des professionnels de la santé lors de la prise en charge des populations vulnérables en post-partum à domicile

Mémoire réalisé par
Aurore Chiêm

Promoteur(s)
Nathalie Maulet

Année académique 2019-2020
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Analyse de l'organisation des professionnels de la santé lors de la prise en charge des populations vulnérables en post-partum à domicile

Mémoire réalisé par
Aurore Chiêm

Promoteur(s)
Nathalie Maulet

Année académique 2019-2020
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

RESUME

NOM et PRENOM : Chiêm Aurore **Année académique :** 2019-2020

Titre du mémoire : « Analyse de l'organisation des professionnels de la santé lors de la prise en charge des populations vulnérables en post-partum à domicile »

Promoteur : Maulet Nathalie

RESUME

Contenu : La réforme du financement des hôpitaux en Belgique a occasionné le phénomène de retour précoce à domicile en post-partum. Dans ce contexte, la prise en charge des dyades mère-enfant vulnérables est emplie d'incertitude et de complexité. L'analyse de la manière dont s'organisent les professionnels, au départ du CHU Tivoli, pour effectuer les suivis permet de débiter une réflexion.

Méthodes : La méthode qualitative est utilisée pour mener une approche exploratoire et une étude de cas centrée sur la collaboration au niveau du suivi post-partum des patientes vulnérables à partir du CHU Tivoli. Des entretiens semi-directifs sur un échantillon de 11 intervenants de profession diversifiée dans le domaine médical et social en périnatalité ont été menés. A partir des données récoltées et de leur analyse, une approche inductive a ensuite permis l'émergence de catégories clés.

Résultats : Pour la prise en charge des dyades vulnérables en post-partum, les relations de collaboration sont mises en avant par les différents professionnels. Elles sont favorisées par une posture « d'ouverture » basée sur la confiance, qui doit se tisser à partir de rencontre et de la communication interprofessionnelle. Une collaboration solide permet de tisser un lien entre les professionnels et de mieux introduire chaque intervenant nécessaire dans les prises en charge. Ainsi, accepté par les familles sans aucune contrainte, le suivi est facilité.

Pour guider les suivis, les professionnels réclament des trajets de soins qu'ils souhaitent pouvoir personnaliser au vu des besoins spécifiques des dyades vulnérables.

Du point de vue de plusieurs professionnels rencontrés, toute cette organisation de soins nécessite la désignation, si possible systématique en périnatale, d'un coordinateur dont le statut et la définition du rôle doivent être éclaircis.

Conclusion : Les intervenants du suivi post-partum des dyades vulnérables doivent prêter attention à leur posture professionnelle dans la relation de soins et à la collaboration interprofessionnelle. La clé du suivi spécifique résulte en deux mots : collaboration et confiance. Le défi autour des prises en charge des plus vulnérables continuera d'alimenter la réflexion dans le domaine de la santé publique.

Mots-clés : postpartum, vulnerable population, interprofessional collaboration, organisation, postnatal care, early discharge

Remerciements

La réalisation de ce travail n'aurait jamais été possible sans le soutien inconditionnel et irremplaçable de mon compagnon Pinsart Tristan, de la famille Chiêm et Ternez et de mes amis. Je ne cite pas tous leurs noms, je risque d'en oublier et je m'en voudrais. Mais je sais qu'ils se reconnaîtront. Je leur adresse tous mes remerciements et ma gratitude immense pour leur présence et leur accompagnement tout au long de cette recherche.

Je remercie également, Mme Maulet Nathalie, ma promotrice pour sa disponibilité et ses conseils qui ont guidé mon travail et ce, malgré le contexte difficile de confinement.

J'adresse toute ma reconnaissance et mes remerciements aux professionnels qui ont participé, qui m'ont accordé leur temps et qui m'ont fait découvrir l'attachement marquant qu'on peut développer à prendre soin des plus vulnérables.

Je remercie également le CHU Tivoli et sa direction pour m'avoir permis de mener cette recherche au départ de leur site. Mes collègues du service de maternité peuvent également compter sur ma reconnaissance en réponse à leur soutien tout au long de ce travail.

Je termine en remerciant celle sans laquelle je n'aurais jamais réalisé quoique ce soit et à laquelle je dois tout : Mme Ternez Claudine.

« Maman, même si tu n'es plus là pour le voir, j'ai tenu ma promesse et je suis allée jusqu'au bout. J'espère juste que tu es et resteras fière de moi. »

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 étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

RESUME	1
Remerciements.....	2
Le plagiat.....	3
Table des matières	4
Liste des abréviations	7
<i>Introduction.....</i>	<i>8</i>
<i>Partie théorique.....</i>	<i>10</i>
1. Contexte et problématique.....	10
A. La Réforme du Financement des hôpitaux en Belgique	10
B. La période du post-partum à domicile.....	11
C. Etat des lieux en FWB.....	11
D. Les sorties précoces : Tenants et aboutissants.....	13
1) La médicalisation	13
2) Conséquences spécifiques des sorties précoces.....	14
a) Vide de soins.....	14
b) Amorce de la parentalité.....	15
c) Impacts financiers et réhospitalisation	16
d) Satisfaction parentale.....	18
e) Conséquences pour quelques professionnels	18
E. Les projets pilotes en Belgique.....	19
F. Le cas des populations vulnérables et les initiatives locales.....	20
2. Concept de vulnérabilité	21
A. Vulnérabilité et prise en charge post-partum	24
B. Vulnérabilités et enjeux spécifiques du suivi post-partum.....	25
C. Les intervenants dans les situations de vulnérabilité périnatale	27
3. Concept de collaboration interprofessionnelle	28
<i>Partie pratique</i>	<i>31</i>
<i>Question et objectifs de recherche.....</i>	<i>31</i>
<i>Matériel et méthodes</i>	<i>32</i>
A. Design de la recherche.....	32
B. Revue de littérature	32
C. Analyse des données statistiques	32
D. Outils	33
1) Construction du guide d'entretien.....	33
2) Réalisation des interviews	34
E. Analyse de contenu thématique	34
F. Éthique	36
<i>Résultats.....</i>	<i>37</i>
A. La vulnérabilité en post-partum dans le Hainaut.....	37
1) Le profil des femmes enceintes/ayant accouché.....	37
2) Les issues néonatales.....	43
B. Description de l'institution et de sa population	43
C. Description de l'organisation générale du post-partum au CHU Tivoli.....	47

D.	Description de l'échantillon	47
E.	Perspectives des intervenants sur l'organisation du post-partum à domicile	51
1)	Les dimensions de la collaboration.....	51
a)	La continuité.....	51
b)	La coordination	53
c)	Le réseau.....	54
2)	Les différentes postures.....	55
a)	La crainte.....	55
b)	L'ouverture.....	56
c)	Le ressenti.....	58
3)	Les tensions émergentes.....	58
a)	Des tensions entre la dimension « ciblée » et la dimension « globalité ».....	59
➤	La dyade mère-enfant.....	59
➤	La standardisation/ personnalisation	59
➤	Frontière hôpital/secteur	60
➤	Dimension temporelle	61
b)	Des tensions entre l'approche « risques » et l'approche « accompagnement »	62
➤	Expérience/ Orientation.....	62
➤	Repérage	63
➤	La définition des rôles	64
c)	Des tensions entre l'approche professionnelle et l'approche émotionnelle.....	66
➤	Jugement professionnel.....	66
➤	Lien et attachement	67
	Discussion.....	69
A.	Synthèse des résultats	69
B.	Discussion	70
1)	Posture.....	70
2)	Relation de confiance.....	71
3)	Standardisation versus personnalisation	71
4)	Coordination	73
5)	Systématisation.....	73
6)	Autre piste.....	73
C.	Limites.....	74
	Conclusion.....	75
	Bibliographie	76
	Annexes	84
	Annexe 1. Outils 1 : Guide d'entretien	84
	Annexe 2. Outil 2 : Situations fictives	86
	Annexe 3. Assurance et autorisation UCL-Saint LUC	87
	Annexe 4 : Autorisation de la direction de l'institution	89
	Annexe 5 : Autorisation de l'ONE.....	90
	Annexe 6 : Autorisation du conseil scientifique du Hainaut	91
	Annexe 7 : Consentement éclairé	92
	Annexe 8 : Extraits des entretiens.....	97

Annexe 9 : Arbre thématique	100
--	------------

Liste des abréviations

AAP: American Academy of Pediatrics
ANAES : Agence Nationale de l'Accréditation et de l'évaluation en Santé
APALEM : Aide et Prévention Anténatale Liégeoise de l'Enfance Maltraitée
ASBL : Association Sans But Lucratif
BDMS : Banque de Données Médico-Sociales
BIM : Bénéficiaire de l'Intervention Majorée
CEPIP : Centre d'épidémiologie périnatale
CFSF : Conseil Fédéral des Sages-Femmes
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CPAS : Centre Public d'Action Sociale
EBM : Evidence-Based Medicine
FWB : Fédération Wallonie-Bruxelles
GGOLFB : Groupement des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique
HAS : Haute Autorité de Santé
IHAB : Initiative Hôpital Ami des Bébés
AIM : Agence Intermutualiste
IMC : Indice de Masse Corporelle
INAMI : Institut national d'assurance maladie-invalidité
IWEPS : Institut Wallon de l'Evaluation, de la Prospective et de la Statistique
KCE : Centre fédéral d'expertise des soins de santé
NICE: National Institute for Health and Care Excellence
NIDCAP : Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program
OECD: Organisation de Coopération et de Développement Économiques
ONE : Office de la Naissance et de l'Enfance
PEP's : Partenaire Enfants-Parents (anciennement appelée TMS)
RIS : Revenu d'Intégration Sociale
SAJ : Service d'Aide à la Jeunesse
SPJ : Service de Protection de la jeunesse
TMS : Travailleur médico-social
UPSFB : Union Professionnelle des Sages-Femmes Belges

Introduction

La venue au monde d'un enfant constitue l'un des changements majeurs dans la vie d'un couple. Pour soutenir les parents en devenir, les séances de préparation à la naissance ont été de plus en plus promues ces dernières années. Cependant, en tant que sage-femme travaillant dans un service de maternité, j'ai pu constater que la préparation au post-partum à domicile était délaissée. De nombreuses mères arrivent en salle d'accouchement sans avoir réfléchi à tous les aspects du retour à la maison. Le raccourcissement des séjours hospitaliers n'a d'ailleurs rien facilité. Le début de l'apprentissage de la parentalité, qui était auparavant réalisé en 4 à 5 jours à la maternité, doit maintenant être fait en maximum 2 à 3 jours et de nouvelles évolutions sont encore à prévoir. De plus, les parents sont confrontés non seulement à l'ingestion d'une immense quantité de nouvelles informations (alimentation du nourrisson, ses soins, les précautions à prendre etc.), mais ils doivent aussi acquérir de nouvelles compétences tant comportementales qu'émotionnelles. Cela est d'autant plus difficile à gérer lorsque les familles sont vulnérables.

L'une des recommandations du rapport du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) de 2014 sur l'accès pour tous aux soins post-partum (1) insiste d'ailleurs sur l'attention à apporter aux populations vulnérables. De plus, la diversité de définitions du terme « vulnérabilité » complexifie davantage le contexte de soins. L'ONE a mené une recherche intitulée « Recherche sur le travail en réseau et l'offre intégrée de services dans le domaine périnatal suite aux nouvelles recommandations pour des sorties précoces de la maternité » qui s'est terminée en 2016.(2) Elle conclut que certains rôles tels que celui des PEP'S (Partenaire Enfants-Parents) devraient être valorisés au sein du réseau périnatal, plus particulièrement dans les situations de vulnérabilité. Mais le fait de leur référer continuellement les cas vulnérables peut donner l'impression d'effectuer un travail rebutant et ingrat. De surcroît, les interactions entre acteurs du réseau demeurent compliquées, notamment entre sages-femmes et PEP'S. Dans un contexte où les vulnérabilités risquent de continuer de se développer, le renforcement du travail en réseau débuté dès la période prénatale semble plus que déterminant.(3)

J'ai été confrontée à ces dyades mère-enfant fragilisées au cours de mes années d'expérience professionnelle ; et leur prise en charge m'a laissé un sentiment de frustration et de perplexité quant à leur efficacité et à la réelle continuité du suivi. Il semble extrêmement facile de les « perdre en cours de route », alors qu'elles sont précisément celles pour lesquelles un suivi semble incontournable. Si leur prise en charge est une gageure, il ne doit pas faire oublier le bénéfice à long terme du post-partum à domicile : symbole d'une porte ouverte vers une continuité des soins amorcée au cœur des familles et de leur trajectoire de vie. L'établissement d'un bon contact avec des professionnels de proximité qui sont en première ligne est garante de fondations solides pour la construction d'un suivi de santé.

Au fil des suivis réalisés à partir du CHU Tivoli, la réalité du terrain m'a permis de prendre conscience de la nécessité de me questionner sur l'organisation des professionnels réalisant ces prises en charge. Ce questionnement a fait germer l'idée d'une recherche ciblée sur la prise en charge de ces populations.

Comprendre cette organisation permettra d'initier un chemin vers une meilleure compréhension des actions spécifiquement dirigées vers elles. Cela contribuera à garantir l'équité et l'accès aux soins de santé pour des dyades mère-enfant qui n'ont pas la possibilité

de faire entendre leur voix. Dans une société en perpétuelle évolution, la réflexion sur leur accompagnement n'a pas fini d'inspirer les professionnels de la santé.

Pour mener cette recherche, j'ai commencé par exposer le contexte et la problématique en lien avec mon sujet. La littérature m'a permis d'aborder l'évolution subie par les soins en périnatalité après la mise en application de la Réforme du financement des hôpitaux en Belgique. Le phénomène de « retour précoce » et de ses conséquences a été approché et ciblait les populations vulnérables en exposant les initiatives existantes. Le concept de population vulnérable a été ensuite défini et approfondi quant à ses différentes implications dans le suivi des soins. J'ai fini l'approche théorique en développant le concept de collaboration interprofessionnelle.

Puis, j'ai présenté la question de recherche et les objectifs en lien avec celle-ci : « Comment les multiples professionnels dans le secteur mère-enfant s'organisent-ils pour accompagner les populations vulnérables lors du retour à domicile en post-partum ? »

J'ai mené une étude qualitative basée sur des entretiens semi-directifs des professionnels réalisant des prises en charge de dyades vulnérables au départ du CHU Tivoli. Dans cette intention, un guide d'entretien a été élaboré et est présenté.

Pour finir, j'ai illustré la vulnérabilité périnatale dans le Hainaut en présentant certaines caractéristiques socio-démographiques. J'ai expliqué le fonctionnement de base du CHU Tivoli en ce qui concerne le suivi post-partum et ai présenté quelques données pour illustrer les caractéristiques des dyades mère-enfant suivies. J'ai décrit l'échantillon sélectionné pour cette recherche et j'ai exposé les résultats obtenus à partir des entretiens menés et de leur analyse. J'ai entamé une discussion concernant ces résultats et ai terminé en concluant l'aboutissement de cette recherche.

Partie théorique

1. Contexte et problématique

A. La Réforme du Financement des hôpitaux en Belgique

Présentée durant l'année 2015, la Réforme du Financement des hôpitaux en Belgique a provoqué de nombreux bouleversements. Sa mise en place a notamment été motivée et justifiée par les résultats inquiétants rapportés par les études MAHA menées par Belfius (évolution des années 2012-2013-2014).(4) Alertés par la détérioration de la situation financière de nombreux établissements hospitaliers, les pouvoirs politiques ne pouvaient que souligner la nécessité de promouvoir une restructuration profonde du paysage des soins de santé. Le mot d'ordre était de « faire mieux au niveau qualité tout en réduisant les dépenses », tout cela en préservant bien entendu les intérêts des patients. Une évolution saisissante, mais non préparée, a alors eu lieu dans l'organisation des prises en charge post-hospitalières.

Le secteur mère-enfant a notamment été impacté, la réforme faisant émerger le phénomène de « retour précoce à domicile en post-partum » et provoquant questionnements et inquiétudes de la part non seulement des patients, mais également des professionnels de la santé. Ces questionnements ont mis en évidence les divers paradoxes liés à ce phénomène : discontinuité des soins, difficultés d'organisation des soins à domicile, charge du travail hospitalier augmentée...(5,6)

L'objectif premier de cette réforme était essentiellement économique. L'idée de départ était de permettre une réallocation des économies faites grâce aux raccourcissements des séjours hospitaliers vers le renforcement des services de santé de première ligne à domicile.(4) Cependant, l'impact attendu concernait également la qualité des soins, une politique de soins centrée sur le patient et une évolution vers des soins intégrés transmuraux. Le Conseil Fédéral des Sages-Femmes (CFSF) soutenait la politique de la diminution des séjours en maternité décrétant que, si « une prise en charge périnatale est bien organisée, un séjour à l'hôpital supérieur à 48h n'a ni un bénéfice pour la santé de la mère et du nouveau-né, ni un impact positif sur l'allaitement maternel. »(7)

La promotion des soins de première ligne a été un premier pas dans la transition des soins hospitaliers vers des soins ambulatoires peu développés en Belgique. Quelques années plus tôt, la sixième réforme de l'état a occasionné un transfert des compétences du niveau fédéral aux régions et aux communautés (8). Par exemple, l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) en Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) s'est vu doté de moyens supplémentaires afin d'accueillir et d'assurer le suivi préventif de la santé infantile, notamment avec le dépistage des anomalies métaboliques et le dépistage néonatal de la surdité.(9) Cette autonomie permet à l'ONE par exemple d'adapter son action en couplant prévention et accompagnement psychomédicosocial des futures mères et des nouveaux-nés. Le fait de pouvoir atteindre deux publics simultanément est un élément crucial dans le suivi par l'ONE de la santé maternelle et infantile, mais ce suivi implique d'autres professionnels (sages-femmes, médecins traitants...) qui doivent de plus s'adapter à la constitution changeante de la cellule familiale.(1)

B. La période du post-partum à domicile

Le post-partum est défini initialement comme la période s'étendant de l'accouchement jusqu'à six semaines après la naissance.(10) Cependant, lorsqu'il s'agit de la préciser, les différents auteurs émettent des avis divergents. Classiquement, il est question du post-partum immédiat qui concerne de manière variable la première et parfois la deuxième heure suivant l'accouchement et la délivrance du placenta. Durant cette période de transition, l'équipe soignante contrôle l'adaptation à la vie extra-utérine du nouveau-né et l'évolution post-accouchement de la mère.(11)

Traditionnellement, la période du post-partum (parfois scindée en deux parties, médiane du J2 à J7, et tardive du J8 à J42) se définit comme les six semaines suivantes, s'achevant à la réapparition des menstruations, fait variable selon chaque femme et le type d'allaitement choisi.(10) C'est également durant cet intervalle de temps qu'une attention particulière est prêtée au risque de mortalité et de morbidité maternelle et néonatale. Il est reconnu que le post-partum constitue une période critique d'adaptations, qui peut être la proie de nombreuses complications physiques et psychologiques. Elle nécessite donc un suivi et des soins particuliers.(10,12) Pour cette recherche, je me focaliserai sur la définition du post-partum qui le délimite de la sortie de l'hôpital (J2 à J4) jusqu'à six semaines après l'accouchement (J42).

En ce qui concerne le séjour en milieu hospitalier, il n'y a pas de durée optimale définie par la Haute Autorité de Santé (HAS) ou par l'American Academy of Pediatrics (AAP). En Belgique, il est seulement établi que la sortie de la dyade mère-enfant doit répondre à certains critères essentiels tels que le dépistage des complications médicales maternelles et néonatales, ainsi que la nécessité d'organisation d'un suivi par des professionnels en cas de retour « précoce » à domicile.(13) A l'étranger, les recommandations de bonnes pratiques publiées par l'HAS en 2014 signalent que, par exemple au Canada, il est précisé que des « mesures appropriées pour assurer la continuité des soins » doivent être prises (14), mais sans en donner une définition.

L'expression *retour précoce à domicile* est utilisée dans la littérature avec des définitions très diverses concernant la période du post-partum. En fonction des études et des pays, la notion de retour précoce représente une durée d'hospitalisation variant de moins de 48 heures à moins de 72 ou 86 heures. A partir de là, en Belgique, les différentes maternités ont chacune organisé et adapté les sorties/retours sans réelle concertation ni harmonisation. Il en résulte une grande diversité d'options de suivi.(3)

Les sorties de la maternité constituent un moment crucial transitoire pour la continuité des soins où se mêlent milieu hospitalier et soins de première ligne.(1) L'intérêt même de ces suivis à domicile est qu'ils permettent de se retrouver dans l'environnement intime des familles, d'évaluer au mieux les besoins spécifiques et d'éviter aussi un manque de soins pour celles qui souffrent d'isolement social ou géographique. Il est également important de noter qu'à la base, ces retours à domicile concernaient le plus souvent des populations à bas risque médical, psychique et social. (3,14)

C. Etat des lieux en FWB

Année	2018 (chiffres provisoires)	2016		
			Lieu de naissance	
Lieu	Nombre de naissance (total)	Nombre de naissance (total)	Hôpital	Autre
<i>Région de Bruxelles-Capitale</i>	17377	17923	17666 98,6%	257
<i>Région Wallonne</i>	36087	37246	36366 97,6%	880
<i>DONT</i> <i>Province du Hainaut</i>	13309 (36,9% des naissances en Région Wallonne)	13664	13384 97,95%	280

Tableau 1: Nombre de naissance total des années 2018 et 2016 pour les Régions de Bruxelles-Capitale et Wallonne et la Province du Hainaut et données de 2016 quant aux lieux de naissance (données provenant des bases de données OECD stat et Statbel)

En 2018, la Région de Bruxelles-capitale comptait 17377 naissances vivantes selon le Registre National, et la Région Wallonne 36 087 naissances dont 36,9% dans la Province du Hainaut. Quant aux données concernant les lieux d'accouchement, nous voyons, en 2016, une nette préférence pour l'hôpital puisque 98,6% des mises au monde de la Région de Bruxelles-capitale se déroulaient en institutions hospitalières et 97,6% pour la Région Wallonne.(15,16) Ces données sont présentées dans le *Tableau 1*. Les conséquences occasionnées par la réforme pour les professionnels intra/extrahospitaliers et pour les patients lors du retour à domicile seront examinées dans le chapitre suivant « Les sorties précoces : Tenants et aboutissants ». Il est également important de souligner, qu'à l'inverse des salles d'accouchement, la maternité (ou service post-partum) n'est pas un service générateur d'actes médicaux tels que la mise en place de la péridurale, les sutures du périnée, les manœuvres d'extraction telles que l'utilisation de ventouse ou de forceps. En effet, au sein du service post-partum, les actes médicaux et techniques sont limités, laissant la place à la physiologie et à l'apprentissage de la parentalité réalisé par les sages-femmes et les puéricultrices. La justification du nombre de lits occupés pour des prestations d'encadrement et d'éducation semble alors difficile, comme le montre le discours de la Ministre de la Santé, Maggie De Block : « *La charge de travail infirmier durant le séjour à la maternité par journée d'hospitalisation baisse rapidement et évolue vers des 'soins de confort' pouvant également être prodigués en dehors des murs de l'hôpital.* » (4)

Le gouvernement a donc saisi l'occasion de s'aligner sur la norme établie par les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) concernant la réduction du séjour post-partum. La durée des séjours s'est encore réduite ces dernières années passant de 4 jours en 2012 à 3,1 jours en 2017 pour un accouchement unique et spontané.(15) Étant donné que la diminution va se poursuivre, la réorganisation du suivi de grossesse et du post-partum est inévitable, afin de permettre aux futurs parents de recevoir toutes les informations nécessaires et de les préparer à assumer au mieux leur rôle. Cette préparation est complexifiée par « la double imprévisibilité de la naissance » : « au niveau temporel (concernant la mise en travail et sa durée) et au niveau déroulement (concernant les possibles complications et répercussions sur la dyade mère-enfant) »(3). Malgré cela, un besoin

d'anticipation à réaliser en période prénatale concernant la prise en charge post-partum est ressenti.

D. Les sorties précoces : Tenants et aboutissants

De nombreux faits occasionnés par le phénomène des sorties précoces en post-partum sont à repérer pour comprendre la complexité de l'organisation des soins à domicile. Sans avoir ces éléments à l'esprit, l'adaptation des prises en charge risque de ne pas prendre en compte certaines dimensions relatives aux intervenants ou aux familles.

Tout d'abord, je vais exposer brièvement le phénomène de médicalisation autour de la naissance et son impact sur les liens intergénérationnels. Ensuite, je développerai plusieurs paradoxes déjà signalés notamment par le KCE concernant les soins post-partum tels que : le vide de soins observé durant le post-partum médian, la vulnérabilité du statut parental en construction et son besoin d'accompagnement précoce et l'impact sur les moyens financiers et humains. Je développerai succinctement la satisfaction parentale quant à ces sorties précoces et les conséquences pour certains professionnels de la santé. Ces éléments seront mis en lien avec la qualité des soins.

1) La médicalisation

Période déjà fragile à la base, le post-partum s'accompagne de nombreux bouleversements qui demandent certaines facultés d'adaptation de la part des parents et de l'enfant. Autrefois, il était courant que ces derniers se reposent sur leurs propres parents/famille afin de trouver du soutien et l'aide adéquate. Cependant, ces liens s'amincissant parfois au fil des années, le milieu médical est devenu l'interlocuteur principal vers lequel les parents se tournent. Ceci illustre bien l'atténuation des liens intergénérationnels (17), ainsi que la médicalisation du suivi de grossesse, de l'accouchement dans notre société et par extension de son retour. La vice-présidente de l'Union professionnelle des Sages-femmes belges (UPSFB) insiste sur le fait que *«La médicalisation était nécessaire» (...). Je ne pense pas que l'on puisse faire baisser davantage le taux extrêmement faible de mortalité actuel. On ne voudrait surtout pas faire marche arrière.»* (18)

Au départ nécessaire pour diminuer la mortalité maternelle et infantile, la médicalisation renforçait l'accompagnement et le suivi. Plaçant l'hôpital au centre des questions liées à la natalité, elle a ensuite entraîné des effets pervers tels que les violences obstétricales et la dépossession des compétences et de l'autonomie des patients dans la prise en charge de leur santé.(19)

Les répercussions d'une naissance atteignant divers plans médico-psycho-social, les enjeux du retour à domicile sont importants. Et, malgré le phénomène de médicalisation des naissances, il y a ces dernières années un désir de retourner à plus de physiologie. C'est d'ailleurs dans cette idée que le label Initiative Hôpital Ami des Bébés (IHAB) a été créé, en 1991 et que l'OMS promeut l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois de vie. A ce niveau, cela engendre un besoin supplémentaire de soutien et de suivi auprès des mères qui allaitent sur le long terme et donc au domicile, surtout en cas de retour précoce.

Le domicile devient alors un lieu privilégié qui permet non seulement le rapprochement familial (lorsqu'il s'agit d'une patiente multipare), mais aussi une meilleure aide de la part du père et de la famille, un cadre plus familial et personnalisé permettant un meilleur développement des compétences parentales et le repos.(14)

2) Conséquences spécifiques des sorties précoces

En 2014, le rapport KCE (1) sur « L'organisation des soins après l'accouchement » identifiait de nombreux paradoxes dans l'organisation des soins du post-partum. Je vais cibler ces conséquences et les mettre en lien avec certaines dimensions de la qualité des soins telles que la sécurité, l'efficacité, les soins centrés sur le patient, les soins effectués en temps opportun, l'efficience et l'équité.(20) Les répercussions observées, majoritairement liées à l'efficacité et à la sécurité, sont toutefois souvent multidimensionnelles. Elles touchent autant le travail hospitalier que le travail extra-hospitalier et sont ressenties autant par les patients que par les professionnels de la santé.(13)

a) Vide de soins

Tout d'abord, la période du retour à domicile en post-partum est une période plus vulnérable lors de laquelle un vide de soins est plus susceptible d'apparaître.(1) Le raccourcissement des séjours donne moins de temps aux professionnels des services de maternité pour détecter les éventuelles difficultés dans l'établissement de la relation mère-enfant, pour dispenser les conseils de prévention (allaitement, mort subite, bébé secoué etc.), mais aussi pour organiser un suivi à domicile si rien n'a été anticipé en prénatal. Certaines périodes sont d'ailleurs plus sensibles que d'autres, telles que les congés scolaires et les jours fériés, conséquence d'une programmation du travail différente suivant les professionnels de santé. Il en résulte une fragmentation de la coordination et de la continuité des soins, ce qui est préjudiciable tant pour les enfants que pour les mères et les pères. Cette fragmentation dans la continuité est accentuée par le fait que les services de suivi post-partum sont moins connus et utilisés par manque d'information générale des parents.(1)

Pourtant, les recommandations produites par le National Institute for Health and Care Excellence (NICE), l'Agence Nationale de l'Accréditation et de l'évaluation en Santé (ANAES) et l'HAS insistent sur l'importance de cette information.(14) Le cercle vicieux de la discontinuité des soins engendré par cette méconnaissance est ensuite alimenté par le chevauchement des compétences, les différents horaires de travail et la diversité des professionnels intervenant à domicile. Une discordance dans leur discours concernant les soins ou l'allaitement contribue parfois à déconcerter d'autant plus les parents.(3,11) Alors même que le post-partum est une période éminemment complexe d'un point de vue psychologique, médical et humain, cet état de fait risque d'engendrer une situation de vulnérabilité pour les familles.

Au niveau de la qualité des soins, l'objectif de continuité visé peut être rattaché à la dimension d'efficacité et de soins centrés sur les patients d'où l'émergence d'un désir de standardisation du trajet pré/post-partum. Le développement d'itinéraire clinique intégré semble améliorer les soins du post-partum, notamment dans le cadre des retours précoces. Le fait de standardiser ne doit pas faire oublier le besoin de personnalisation du plan de soins individuel (1,3,21) et le

besoin de coordination nécessaire à son respect et à sa mise en place. La création d'un poste de coordinateur des soins postnatals, suggéré par le KCE, répond non seulement à ce besoin, mais aussi à la demande des patientes d'avoir une personne de référence qui connaisse leur trajectoire de vie et en qui elles ont confiance.(22)

Découlant de ce besoin de coordination, une meilleure communication interprofessionnelle est encouragée, notamment avec le développement d'outils informatiques (ex : dossier informatisé) ainsi que la création et le travail en réseaux adaptés pour dispenser les soins à domicile.(21)

b) Amorce de la parentalité

Les premiers jours après la naissance la mère et le nourrisson restent sous surveillance non seulement médicale, mais également comportementale et émotionnelle. L'étape du travail et de l'accouchement peut déjà occasionner certaines séquelles qui ne sont pas toujours évidentes à prendre en compte par le personnel soignant et l'entourage des parents lors du court séjour hospitalier. En réalité, il ne s'agit pas que de récupération physique. L'accueil d'un nouveau-né ne se fait pas qu'avec des émotions positives. De nombreux sentiments contradictoires se mêlent alors tels que la peur et la culpabilité, l'impuissance ou encore la colère.(23)

En accédant au nouveau statut de parent, chaque membre du couple doit reconstruire une part de son identité. Cette réorganisation psychique et affective s'effectue à l'arrivée de chaque enfant, pour les préparer à endosser leur rôle ou à le réaffirmer. Malheureusement, les premiers jours du post-partum ne sont pas toujours propices à l'apprentissage, les parents étant encore dans leur « bulle ». L'efficacité des prestations notamment d'éducation des sages-femmes hospitalières n'est donc pas toujours optimale.(13)

De plus, le KCE remarque que : *« les futurs parents d'aujourd'hui sont souvent très préoccupés par les préparatifs matériels de la venue de leur enfant (préparer la chambre, acheter des vêtements...), mais qu'ils ne sont guère préparés, sur le plan émotionnel et social, à ce qui sera pourtant un chamboulement de leur vie. »* (1) En effet, le post-partum est une période très influente pour la construction des interactions enfant-parent.(24) La construction de ce lien est influencée dès le départ par le mode d'attachement hérité de la petite enfance, et celui-ci peut se transmettre de générations en générations. Or, les modes d'attachement insécures favorisent l'apparition ou l'accentuation des vulnérabilités et, lorsqu'ils sont désorganisés, ils peuvent constituer l'un des facteurs prédicteurs de pathologies psychiatriques et/ou comportementales dans le futur.(25) Les fondations d'un attachement dit « secure » nécessitent des conditions où l'interaction parent-enfant soit de qualité et un environnement propice au développement de ces compétences multiples, ce qui nécessitent temps et prise en compte de la globalité des familles.(26) La création de cet environnement ne peut être réalisée que par la collecte et la transmission entre les équipes des données médico-sociales et des événements de vie vécus par les couples, déjà auparavant, mais également de la période prénatale à celle du post-partum. Le désinvestissement vis-à-vis de ces expériences de vie risque de mettre à mal l'évolution future non seulement de l'enfant, mais aussi des parents. A la condition qu'ils soient conscients de *« l'importance et de la difficulté de cette tâche, les parents deviennent demandeurs d'aide et de conseils. »*(26)

La mise en place de visites à domicile par des professionnels prend alors tout son sens. Les parents savent qu'ils auront quelqu'un à qui poser leurs questions, qu'ils seront soutenus lors du retour à domicile, non pas pour faire à leur place, mais bien pour les encadrer lors de l'adaptation à l'arrivée d'un nouveau-né dans la famille.

« Il semblerait, cependant, que l'efficacité de cette stratégie de prévention soit dépendante de la durée de l'intervention, du type de professionnel impliqué et du moment de l'implantation. Les programmes s'étalant sur plusieurs années, faisant appel à des infirmières et commençant très tôt au cours du développement de l'enfant seraient les plus efficaces (Department of Health and Human Services – US, 2001). » (26) Cet extrait appuie donc l'importance de la précocité de ces suivis qui nécessitent du temps, des moyens financiers et une planification des ressources humaines pour les réaliser.(27)

c) Impacts financiers et réhospitalisation

Un manque de valorisation de la rémunération des professionnels se rendant à domicile et l'intervention des assurances privées sont constatés. Notamment, pour les sages-femmes, le manque de valorisation de la rémunération est dénoncé par l'Union Professionnelle des Sages-Femmes Belges (UPSFB).(5) En théorie, la sage-femme peut suivre la dyade mère-enfant jusqu'à la fin de sa première année, mais dès le 6ème jour post-partum, le nombre de visites est limité et la nomenclature ne prend plus en compte les prestations le week-end, excepté pour une 1ère consultation d'allaitement ou sur un motif particulier que la sage-femme doit spécifier.(28)

Non seulement le suivi à domicile peut être chronophage et ce n'est pas pris en compte par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) dans l'établissement de la nomenclature, mais plus les sages-femmes extrahospitalières avancent dans le temps pour le suivi, plus apparaît une diminution des honoraires, ce qui peut contribuer à une moins grande implication de leur part sur le long terme. Le fait de déplacer le principal lieu de soins à domicile a induit une demande dans le développement des soins ambulatoires, mais sans faire évoluer en même temps la rémunération de ceux-ci. D'autant plus que les démarches administratives pour les remboursements prennent du temps à être réalisées et que chaque supplément doit faire l'objet d'un justificatif auprès des mamans, la facilité de ne pas être conventionnée et de pouvoir fixer soi-même le montant de ses honoraires pourrait séduire un grand nombre de sages-femmes indépendantes.(5,21) L'augmentation des sages-femmes non conventionnées au détriment du personnel conventionné aurait pour conséquence de créer une médecine à deux vitesses, où le suivi post-partum sera déterminé par les moyens financiers que les patientes pourront lui consacrer.

Ensuite, les **assurances privées** d'hospitalisation sont plus souvent utilisées pour justifier un plus long séjour, mais uniquement au bénéfice des plus nantis.(1) Le fait que les séjours soient raccourcis demande une certaine organisation aux nouveaux parents qui apprennent à peine à connaître leur enfant et qui se voient rentrer au domicile sans plus avoir la possibilité d'obtenir l'aide immédiate qu'offrent les services hospitaliers. Cela peut provoquer un sentiment de peur et d'insécurité. D'autant plus qu'à la sortie de l'hôpital, l'établissement n'est « plus responsable » du suivi, sauf lorsqu'une sage-femme hospitalière est prévue à cet effet ou un relais par un autre professionnel. (3,5,21)

De plus, au niveau de la dimension équité et efficience hospitalière, les difficultés d'accessibilité à la fois financière et géographique peuvent influencer la qualité des soins. Les assurances privées permettent aux mieux nantis un remboursement partiel des frais d'hospitalisation après un accouchement. Cela peut pousser ceux qui ne peuvent la payer à quitter d'autant plus rapidement la maternité.⁽¹⁾ Quant à l'accessibilité géographique, étant donné la fermeture de certaines maternités belges après l'application de la réforme, la question a été posée. Le rapport du KCE sur l'« Organisation des maternités en Belgique » (29) recommande un « équilibre entre efficience et accessibilité » appuyant que si la fermeture de certaines maternités signifie une augmentation du temps de trajet pour l'atteindre (plus de 30 minutes), même si le volume d'activité ne répond pas aux normes fixées, ces maternités doivent être conservées.

Pour cibler plus particulièrement l'accessibilité financière et géographique des soins à domicile, il faut signaler que l'ONE prête une grande attention à cette dimension, notamment en termes d'équité. Le suivi ONE est gratuit et le lieu de consultation pour enfant renseigné aux parents est souvent celui se trouvant à proximité de leur domicile. Une visite à domicile par la PEP'S responsable du secteur est souvent proposée.⁽³⁰⁾ En ce qui concerne le suivi par une sage-femme, l'organisation des soins est variable avec soit des sages-femmes hospitalières, soit indépendantes, qui connaissent ou non les patientes, qui pratiquent ou non le tiers payant, qui sont ou non conventionnées ⁽³¹⁾. L'intervention de ces différents professionnels auprès des familles vulnérables sera décrite plus loin et est au centre de ce travail.

Les cas de **réhospitalisation** sont également problématiques surtout lorsqu'il s'agit par exemple d'hospitaliser une mère allaitante et de justifier la présence de son bébé dans l'hôpital.⁽¹⁴⁾ La littérature signale plutôt les réhospitalisations des nouveaux-nés avec leurs mères, mais moins l'inverse. Cela est mis en avant par la recommandation N°5 du KCE concernant le développement « des procédures uniformes de réadmission pour les nouveaux-nés avec leurs mères. ».⁽¹⁾ Or, s'il est plus facilement admis qu'une mère accompagne son bébé lors d'une hospitalisation comme dans un service de pédiatrie où la présence parentale est encouragée et même prise en charge par l'assurance, l'inverse est plus difficile à organiser, surtout dans l'urgence. Les réhospitalisations maternelles semblent peu fréquentes : en Belgique, aucun chiffre précis ne semble être publié¹. Les chiffres présentés par l'HAS en 2011 montrent qu'elles représentent moins d'un 0,5% tout au long des années 2005 à 2010 ⁽³²⁾. Bien que les réhospitalisations maternelles paraissent rares, c'est surtout le risque de contamination du bébé et le risque de sevrage au niveau de l'allaitement maternel qui interpellent, ainsi que les complications qui peuvent s'ajouter à l'état pathologique de la mère comme l'engorgement.⁽³³⁾ Les modalités d'organisation de cette hospitalisation conjointe ne sont pas clairement établies. Le Groupement des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique (GGOLFB) recommande, quant à lui, qu'en cas de réadmission des mères, la même

¹ Le rapport des projets pilotes abordé plus loin signalent : « Selon les données enregistrées par les projets pilotes, le nombre de réadmissions chez les mères qui ont participé aux projets pilotes correspond aux attentes et est probablement même moins élevé que chez les mères qui n'y ont pas participé. » (...) « Étant donné que la durée de séjour moyenne est actuellement réduite, certaines complications médicales se manifestent désormais à la maison, ce qui pourrait donc mener à une réadmission. La raison principale d'une réadmission est la jaunisse fœtale et néonatale. »⁽³⁷⁾

procédure soit appliquée que celle décrite par le KCE lors de la réadmission des nourrissons.(21)

Le manque de moyens abordé plus haut occasionne donc des différences non seulement en termes d'accessibilité aux soins, mais également dans la **durée des séjours post-partum qui peut être inadaptée** en fonction des situations. Par exemple, les différences d'expérience entre primipare ou multipare ne sont pas forcément prises en compte. Les recommandations de l'HAS et du KCE concernant les candidates au retour précoce insistent bien qu'elles doivent être «rigoureusement sélectionnées et à bas risques».(14) Il est toujours fait référence à des accouchements voie basse ou césariennes sans complications. Cependant, étant donné le manque de préparation à ce retour en prénatal, le fait que les séjours soient raccourcis permet de moins en moins le repérage des cas problématiques.

d) Satisfaction parentale

Quant à la satisfaction parentale concernant les retours précoces, elle est variable, et les critiques sont essentiellement dirigées vers l'organisation même de la sortie.(34) En effet, c'est surtout la satisfaction quant aux soins à domicile ou leur organisation qui est le plus souvent évaluée. Pas plus la satisfaction que les difficultés rencontrées à domicile ne semblent avoir de lien avec la durée du séjour hospitalier, mais sont plutôt à mettre en relation avec la préparation à la parentalité et les caractéristiques propres aux parents (35). En théorie, le consentement éclairé de la mère devait être obtenu avant de prévoir une sortie précoce (36) comme le rappellent les recommandations de l'HAS (14). Cependant, dans la réalité, ce n'est pas toujours le cas (36).

« Il est probable que les femmes ne soient satisfaites des sorties précoces de maternité que dans les cas où elles ont choisi ce mode de sortie (et qu'il ne leur aurait pas été imposé). L'ANAES rappelait, en 2003, que « le choix d'un jour de sortie que le patient estime approprié est l'un de ses critères de satisfaction » (14)

La perception des mères sur la présentation et l'information au sujet de cette sortie précoce peut influencer le niveau de satisfaction sur la suite du suivi. Elle peut s'avérer bénéfique si elle est préparée, ou défavorable lorsqu'elle est forcée et mal organisée.(11,14)

e) Conséquences pour quelques professionnels

Pour les sages-femmes hospitalières, l'UPSFB (21) souligne les conséquences possibles de la réduction du séjour en maternité: des pertes d'emploi, des non-renouvellements de contrats, une charge de travail plus importante exacerbée par un turn-over croissant et pour finir, une gestion administrative grandissante due à l'organisation du post-partum à domicile. Le taux d'équivalent temps-plein des services maternité étant comptabilisé sur le taux d'occupation des lits et non plus sur le nombre de naissances, les équipes réduites doivent effectuer le même travail qu'auparavant en moins de temps auprès des familles dans un service présentant un turn-over important.

Pour les sages-femmes indépendantes, des difficultés sont signalées au niveau : de la continuité informationnelle concernant les familles, de la rémunération et de la gestion de l'organisation par rapport au nombre de prestations et à la charge de travail croissante.

Et comme d'autres professionnels tels que les médecins généralistes, les sages-femmes se retrouvent en face de prises en charge qui leur semblent plus compliquées, faute de connaissance des familles, des situations ou des intervenants qui y participent.(21)

Toutes ces conséquences soulignent le besoin d'anticipation/communication durant la période prénatale qui n'a pas immédiatement été pris en compte lors de la mise en place de la réforme. La ministre belge de la santé, Maggie De Block, a toutefois promu l'émergence de projets pilotes à ce sujet.

E. Les projets pilotes en Belgique

Afin de mettre en œuvre le raccourcissement des séjours hospitaliers, un appel à candidatures a été lancé par la Ministre Maggie De Block pour des projets pilotes «accouchement avec séjour hospitalier écourté». (1,30,31) Débutés en juillet 2016, ces derniers ont pour objectif d'établir les modalités de suivi post-partum à domicile qui semblaient fonctionnelles afin, au final, de les implémenter à grande échelle. Une sélection de onze hôpitaux dont sept en FWB a été subsidiée dans le but d'expérimenter différentes approches.

La couverture médiatique entourant le phénomène de « retour précoce » durant l'année 2016 allait de pair avec l'émergence des projets pilotes, ce qui a en quelque sorte, stimulé et bousculé une majorité de services de maternité, les forçant à réagir pour se conformer aux objectifs de la réforme, même en dehors des projets.

Au terme de deux années d'expérience (2016 à 2018), le bilan montre que la pratique des séjours écourtés semble adoptée par la majorité des participants. Les résultats du rapport sont descriptifs, en effet, les projets ont été menés sans groupe de comparaison et avec des méthodologies spécifiques à chaque établissement. Ils ne peuvent donc pas être qualifiés de scientifiques. Les définitions d'un séjour écourté étaient différentes d'un projet à un autre, ainsi que les critères d'inclusion et d'exclusion. Au bout de quatre semestres d'applications, au niveau des 11 hôpitaux participants au projet, 13978 mamans avaient participé au séjour écourté en maternité, ce qui représente environ 51,07% du nombre total d'accouchements des hôpitaux participants, tous projets confondus. Même si le rapport signale également qu'« *Il a été constaté qu'après le consentement initial à participer au projet, il arrive souvent que le séjour à la maternité ne soit finalement pas écourté.* »

De manière générale, les points retenus dans les rapports d'autoévaluation sont la préparation à la fois en pré- et postnatal, le partenariat et une première ligne de soins encore insuffisamment développée. Contrairement à ce qui était pensé initialement, la pratique des séjours écourtés ne semble pas avoir d'impact sur la qualité des soins, même si le rapport signale la nécessité d'autres recherches pour appuyer cette constatation. Majoritairement, les patientes étaient satisfaites de leur participation. Quant aux prestataires de soins, ils signalent tout de même une charge de travail et de stress plus importante découlant de la concentration des soins à effectuer dans un laps de temps plus court (séjour écourté à 2-3 jours), et donc le risque que l'apprentissage parental ne soit pas correctement assimilé.(37)

Le cas des groupes vulnérables était abordé dans l'appel à candidature des projets pilotes, afin d'identifier ce que nécessite comme besoins supplémentaires leur prise en charge.

Cependant, les hôpitaux choisissent qui peut participer aux projets et peuvent exclure les patientes présentant des facteurs de vulnérabilité. (3,4,38)

De plus, dans le cadre des projets pilotes, la prise de contact auprès des patientes se fait en général en prénatal, ce qui risque de poser un problème pour les populations vulnérables qui ne sont pas toujours suivies ou tardivement. Le bilan des projets pilotes pointe d'ailleurs un besoin d'amélioration de la prise en charge concernant des futures mères présentant « une vulnérabilité physique, sociale, financière ou psychologique ».(38)

F. Le cas des populations vulnérables et les initiatives locales

La question de la possibilité d'implémenter les séjours écourtés en post-partum pour les populations vulnérables n'a pas échappé au monde politique et médical. L'attention nécessaire à ce groupe précis est d'ailleurs un point récurrent dans la littérature et les recommandations. En 2004, les recommandations de l'ANAES (14) signalent qu'il faut prendre en compte les situations de précarité et évaluer chacune d'elles avant de proposer un retour précoce. La contre-indication à cette sortie peut, entre autres, se justifier par des situations dites à « risque non médical » telles qu'une mère jeune, isolée, sans soutien social suffisant ou une situation sociale défavorable etc.

Dans son rapport sur l'organisation des soins après accouchement (1), le KCE souligne son inquiétude au sujet de l'impact des séjours écourtés sur la continuité du suivi de ces familles, le risque de rupture étant plus important. Les femmes en situation de vulnérabilité semblent déjà sortir plus vite de l'hôpital, alors que leur besoin en soins est parfois plus important. Pour rappel, elles sont de plus souvent à risques d'un suivi prénatal insuffisant ou tardif.(1)

Ces dernières représentent donc un enjeu particulièrement important, et pour elles, le monde professionnel de la santé cherche et attend des solutions efficaces à implémenter dans le cadre spécifique des séjours hospitaliers raccourcis en post-partum.

Ces dernières années, certaines initiatives locales au profit de certains groupes vulnérables ont émergé répondant partiellement aux appels à l'aide des professionnels pour l'amélioration des prises en charge.

Tout d'abord, créée en 1999, l'ASBL **Aquarelle** (11,39) est rattachée au CHU Saint Pierre à Bruxelles. La population fréquentant cet hôpital est composée de nombreux immigrés et de personnes vivant dans la précarité. L'ASBL est constituée d'une équipe pluridisciplinaire (sages-femmes, kinésithérapeutes, PEP's) dont les activités sont multiples : de la consultation prénatale à l'aide administrative ou encore à l'aide matérielle. L'équipe privilégie le plus possible le même professionnel pour assurer le suivi. Souvent, ces patientes ne bénéficient pas de mutuelle/assurance santé ni d'intervention de l'aide médicale urgente (AMU).

En Wallonie, c'est l'ASBL **Echoline** (11,40) qui a été créée en 2001.(41) Afin de permettre l'accès aux soins durant la période périnatale aux plus précarisés, des équipes de sages-femmes et psychologues travaillant en binôme ont été mises en place à la fois pour le suivi à domicile et dans les locaux d'Echoline. Elles se focalisent surtout sur les personnes en proie à la précarité au niveau financier, mais les profils sont multiples : jeunes, étrangères, isolées, sans emploi, victime de violences ou encore atteintes de troubles psychiques.

Pour pallier le manque de prise en charge prénatale organisée dans la Province du Luxembourg et l'arrondissement de Verviers (qui ont la particularité d'être des zones rurales), les plateformes périnatales ont vu le jour depuis 2012. Elles ciblent les femmes en situation de vulnérabilité et se basent sur la collaboration entre les PEP'S du secteur et les professionnels extérieurs tels que le gynécologue. Elles développent le « travail en réseau ».

D'autres projets tels que les ASBL « APALEM (Aide et Prévention Anténatale Liégeoise de l'Enfance Maltraitée) » en lien avec le projet « Seconde peau » à Liège (42), mais aussi « Accordages » à Mons, « Pré-en-Bulle » à Tournai (43) et « Chrysalide » à La Louvière, sont intéressantes à citer dans le développement de programmes de suivi spécifiquement ciblé sur la vulnérabilité en périnatalité. L'ASBL Chrysalide, qui intervient dans la zone de La Louvière sur laquelle est focalisée ce mémoire, sera précisée dans le point « Résultats ».

Pour finir, après les projets pilotes, une autre initiative a vu le jour : « Born in Brussels » (38). Soutenu par la Ministre belge de la santé, Maggie De Block, et lancé en décembre 2018, il s'agit d'un outil d'identification ciblant les familles vulnérables et encourageant la mise en place d'un trajet de soins adapté. Il se décline en trois phases: la création d'un réseau pluridisciplinaire et d'un outil de dépistage, l'émergence d'itinéraires de soins personnalisés et, pour finir, l'essai des «Centering Pregnancy» pour tester l'implémentation de ces itinéraires.(42,44,45) L'outil de dépistage doit permettre d'identifier les vulnérabilités sociales comme le statut socio-économique, la qualité du logement et du réseau social/familial ou encore les vulnérabilités psychologiques.

La réforme du financement des hôpitaux en Belgique a occasionné l'émergence du phénomène de retour précoce à domicile en post-partum. Période charnière, elle peut être une période à risque de vide de soins, de problème d'accessibilité financière, ou de conséquences sur le lien enfant-parent. Des projets pilotes ont été mis en place afin d'investiguer cette problématique. Une attention particulière semble être apportée aux populations vulnérables, sans pour autant qu'il n'y ait de véritable solution hormis quelques initiatives locales qui tentent de répondre à leur prise en charge spécifique. Le questionnement à ce sujet m'amène à spécifier le cadre conceptuel de la vulnérabilité.

2. Concept de vulnérabilité

Je me concentrerai ici essentiellement sur la vulnérabilité en matière de santé et durant la période périnatale. Concept complexe, la vulnérabilité regroupe une grande diversité de réalités suivant les éléments sur lesquels les auteurs mettent l'accent : ressources matérielles, conditions de vie, niveau d'éducation, niveau de littératie en santé, support social etc. Je présente quelques définitions afin de développer ce concept et de faire le lien avec la problématique des retours précoces à domicile en post-partum.

*«Les **populations vulnérables** sont des **groupes ou communautés** qui présentent un risque plus élevé d'être en mauvaise santé à cause de barrières à l'accès aux ressources sociales, économiques, politiques et environnementales ou de limites dues à des maladies ou à des déficiences » (46)*

« Les populations vulnérables sont des **groupes à risque accru** de mauvais résultats de santé physique, psychologique et sociale et de soins de santé inadéquats. » (47)

Tout d'abord, ces définitions générales mettent en évidence des groupes qui sont plus à risques au niveau de leur santé. Dans notre problématique, la caractéristique qui définit « ces groupes » est le contexte particulier de la transition vers la parentalité.(11) Initialement, le statut de la femme enceinte, puis celui de parent (mère ou père) et le statut par la suite du nouveau-né font écho à l'expression d'« être vulnérable ».(3) Pour le nourrisson, le lien avec la vulnérabilité est évident : tant au niveau physique (risque d'hypothermie, risque d'infection, perte de poids etc.) (11) qu'au niveau émotionnel (réponse aux pleurs, développement des interactions). L'instinct parental pousse à protéger ces êtres qui ne peuvent encore le faire eux-mêmes.

En ce qui concerne le statut de parent, outre les difficultés abordées dans les parties précédentes, il faut rajouter la notion de pression sociale qui est exercée par les attentes et exigences de la société: « Etre un bon parent » ou « Réussir son allaitement ».(48) Ce statut implique de nouvelles responsabilités, mais aussi un besoin de reconnaissance et de valorisation, qui n'est pas épargné par la peur du jugement des autres.²

Dans la première définition, nous retrouvons aussi la notion d'accessibilité abordée plus haut qui est entravée par un manque de ressources au niveau social (ex : accès au soutien social), économique (ex : accès à un emploi), politique (ex : implication compliquée des femmes dans les programmes qui les concernent)(49) et environnemental (ex :difficultés d'accès aux structures de santé).

Puis, en ce qui concerne la vulnérabilité de la dyade mère-enfant sans déficience ou pathologie préexistantes :

« La vulnérabilité est une construction **multidimensionnelle** reflétant la **convergence** de nombreux facteurs de risque **aux niveaux individuel et communautaire**, qui influencent les expériences de santé et de soins de santé »(47)

Bien que plusieurs origines de la vulnérabilité puissent être avancées dans la littérature (exemple : biologique ou psychologique), la complexité réside dans le fait qu'il n'existe pas toujours UNE vulnérabilité (ou alors prise dans un contexte général), mais plutôt DES vulnérabilités. Construction multidimensionnelle, elle peut atteindre l'être humain dans plusieurs domaines de fonctionnement : «La fragilité [vulnérabilité] est un état dynamique affectant un individu qui subit des pertes dans un **ou plusieurs domaines du fonctionnement**

² On se concentre souvent sur la femme dans le domaine périnatal. Le mot maternité renvoie à la dimension essentiellement féminine de la naissance d'un enfant. Il ne faut pas pour autant en oublier le rôle du père. Très important, il est néanmoins souvent négligé en périnatalité, même si depuis quelques années, la littérature et les pratiques professionnelles tendent à l'impliquer de plus en plus. Peu abordé spécifiquement dans ce travail, je me concentrerai sur des caractéristiques maternelles, mais qui sont également partagées par le père.(104)

³ Il faut signaler que la présence de maladies préexistantes ou de déficiences telles les pathologies psychiatriques, la toxicomanie, le retard mental..., peuvent également représenter des difficultés et des vulnérabilités. Tout comme les problèmes de maltraitance et de violences conjugales, ces dimensions engendrent des vulnérabilités mais elles ne sont pas développées en profondeur dans ce travail.

humain (physique, [psychologique, social]), qui est causé par l'influence d'une gamme de variables et qui augmente le risque de résultat défavorable » (47)

En ce qui concernent la vulnérabilité périnatale, ce sont les versants autant physiques, que psychologiques ou sociaux qui peuvent avoir un impact sur l'état de santé future des parents. Au niveau physique, cela peut aller du manque de sommeil aux difficultés d'allaitement.(50) Au niveau psychologique, le baby-blues, les risques de dépression du post-partum (maternelle et paternelle) ou tout simplement le stress sont régulièrement cités. Le niveau social quant à lui, comprend notamment le faible revenu, les problèmes de logement, le niveau d'éducation faible, le manque de soutien... Que ces conditions soient préalablement présentes avant la grossesse ou apparaissent pendant celle-ci, la dynamique autour de la vulnérabilité des dyades mère-enfant est complexe. Elle doit tenir compte non seulement des facteurs de risques, mais également des ressources des individus ou des facteurs de protection.(47)

« La vulnérabilité est la sensibilité aux dommages résultant de l'interaction des facteurs de risque et des soutiens et ressources disponibles pour les individus et les groupes» (47)

Ensuite, il y a la question du support social formel ou informel et des ressources disponibles. Par exemple, le fait que les femmes soient isolées constitue en soi un facteur de risque. Elles cumulent des difficultés d'accessibilité géographique et financière, des risques de ruptures de continuité du suivi et un faible soutien social.

Reste encore à évoquer la dimension culturelle. Dimension très large, elle englobe tout ce qui a trait au langage, aux origines, à l'héritage familial, aux rituels et à la manière même d'aborder la grossesse et la naissance d'un enfant. Le rapport à la culture dans un contexte de soins signifie une approche différente pour expliquer les soins et leurs justifications, ainsi qu'une communication adaptée si les langues utilisées sont diverses. Lorsqu'il s'agit de différence de culture dans les soins, il est souvent fait référence aux personnes migrantes.(51) Au vu du contexte migratoire actuel de la Belgique et des pays limitrophes, il est donc pertinent d'intégrer cette dimension au concept de vulnérabilité.

« L'état de vulnérabilité d'un individu n'est pas fixe dans le temps. Selon Rogers (1997), la vulnérabilité est un continuum sur lequel la position des individus varie au cours du temps et des circonstances de leur vie. » (48)

Les conditions individuelles peuvent se cumuler et provoquer un déséquilibre, comme lors d'une situation clé de la vie : la naissance d'un enfant. Mais ce n'est pas uniquement une somme, c'est surtout l'interaction de ces facteurs de vulnérabilité qui sera déterminante. Et même si cette vulnérabilité est localisée chez un individu, elle peut malheureusement influencer ses proches.(47)

En conclusion, je retiendrai plusieurs éléments pour définir la vulnérabilité dans mon travail : **« La vulnérabilité périnatale est une construction multidimensionnelle concernant les (futurs) parents dans laquelle les facteurs de vulnérabilités (physiques, psychiques, sociaux, économiques et culturels) préexistants à la grossesse et/ou émergents pendant celle-ci convergent et sont susceptibles d'influencer négativement la naissance et la parentalité.»**

Ce travail est centré sur 3 dimensions de la vulnérabilité intervenant dans la prise en charge post-partum et qui seront illustrées plus loin dans ce travail :

- L'emploi et son lien avec le revenu et donc le risque de pauvreté économique ;
- Le niveau d'éducation, sa répercussion sur l'accès à l'emploi et son lien avec le développement des compétences en santé (ex : littératie en santé, autonomie et prise de décision) ;
- La culture/la langue utilisée et son lien avec la communication lors des processus de soins, au niveau de l'accès à l'emploi et à l'éducation, mais également avec le réseau social de soutien qui en découle (ex : pouvoir demander de l'aide).

A. Vulnérabilité et prise en charge post-partum

Un élément doit retenir l'attention en tant que vulnérabilité spécifique en santé périnatale⁴. La question de la responsabilisation des plus vulnérables face à leur état de santé.⁽⁵²⁾ Essentiellement basée sur le principe de « méritocratie », cette question, une fois posée, prône l'individualisme et l'influence prédominante du « comme on fait son lit, on se couche », ou dit autrement « Tout comportement/choix de santé a des effets qu'il faut assumer ». Cette idée suppose alors que certaines mères et familles méritent moins d'aide en raison par exemple de leur choix sur l'alimentation ou de leur niveau d'éducation et les décisions qui en découlent. Cette façon de percevoir l'influence du niveau socio-économique ou de l'instruction sur la santé est de nouveau réductrice et ne prend pas toujours en compte la complexité des situations ou l'intervention de logiques propres aux personnes, quel que soit leur niveau social ou culturel.

« Pourtant, la connaissance des déterminants de la santé nuance la part de responsabilité individuelle et collective. » (52)

En promotion de la santé, il est admis que ce n'est pas parce que les populations semblent ignorantes que le seul fait de les instruire, de les informer suffira à modifier des comportements de santé.⁽⁵²⁾ De nombreuses autres composantes entrent en jeu.

« Alain Etchegoyens (...) aime notamment rappeler la responsabilité des parents dès les premiers moments de l'existence de leur enfant. » (53)

La réponse n'est pas donc pas de déresponsabiliser de tout, mais il faut être conscient des limites de la « responsabilisation » ; et garder à l'esprit les principes universels d'égalité, d'équité, de non-jugement et de solidarité.

D'ailleurs, on peut penser que, durant le séjour à la maternité, les mères sont placées sur le même pied d'égalité. Certains paradoxes semblent plus visibles et ont un impact sur les inégalités sociales de santé telles que l'utilisation des assurances privées pour justifier un plus long séjour ou encore les méconnaissances des possibilités pour le suivi à domicile. De plus, lors du retour à la maison, c'est le retour à la réalité avec toutes les caractéristiques personnelles et familiales qui reprennent le dessus (22). Les statuts du travailleur (salarié-indépendant- sans emploi), la notion de congé maternité/paternité, la gestion du logement (ex : tâches ménagères) ou du reste de la famille, les ressources même des personnes sont différents.

⁴ Je signale également que la vulnérabilité est à mettre en lien avec les inégalités sociales de santé et la notion de gradient social. Ces concepts sont à garder à l'esprit, mais ils ne seront pas développés au cours de ce travail.

⁵ Auteur et philosophe français ayant travaillé au Centre National de la Recherche Scientifique

Ensuite, le lien entre vulnérabilité et les risques spécifiques de la prise en charge en post-partum de ces dyades vulnérables s'illustre par les processus appelés le **(dés)avantage cumulatif** et le « **Matthew effect** » (ou effet Matthieu).(54) Le premier est un modèle d'avantages cumulatifs proposé par les chercheurs Crystal et Shea : il explique que l'amplification ou pas des inégalités durant la vie peut être due à l'accumulation d'avantages ou de désavantages au fil du temps.

« Ceux qui sont initialement avantagés [...] sont plus susceptibles de recevoir une bonne éducation, menant à de bons emplois, menant à une meilleure santé et à une meilleure couverture de retraite, menant à une épargne plus élevée et à un meilleur revenu de prestations post-retraite » (54)

Dans le domaine de la périnatalité, cela implique que ceux qui sont à la base vulnérables ou défavorisés sont plus susceptibles d'amplifier leurs inégalités de santé à cause de cette accumulation de désavantages. Quant à l'effet Matthieu, il est en lien avec ce modèle et il tient son nom d'une citation traduite tirée de l'Evangile de Matthieu : «*[f] ou à quiconque aura, et il aura de l'abondance: mais de celui qui n'a pas sera ôté même ce qu'il a (Matthieu 25:29)* »⁶.

Adapté à la problématique en périnatalité, l'effet Matthieu exprime le mécanisme qui risque de creuser l'écart entre la population nantie et celle moins nantie. La première tendra à attirer plus d'attention, de ressources (ex : comme des interventions spécifiques en santé) et à en tirer avantage au détriment de la seconde qui serait pourtant celle qui en a le plus besoin. C'est également appelé « l'inverse care law » ou « loi sur les soins inversés ». Les inégalités sont alors auto-entretenu et auto-amplifiées, et ce en l'absence et malgré les interventions. *« L'étude des effets de Matthew [...] explore les mécanismes ou processus par lesquels les inégalités, une fois qu'elles existent, se perpétuent et s'amplifient en l'absence d'intervention, creusant ainsi l'écart entre ceux qui en ont plus et ceux qui en ont moins. Aucune théorie de la stratification n'est complète sans attention à de tels processus. » (54)*

B. Vulnérabilités et enjeux spécifiques du suivi post-partum

La pertinence de la prise en charge des populations vulnérables dans le cadre des séjours hospitaliers écourtés en post-partum est appuyée par certaines constatations non seulement en Belgique, mais aussi en France. *« À l'inverse, les sorties précoces étaient significativement associées à un âge plus jeune, une multiparité, l'absence d'assurance privée, une alimentation au biberon, un niveau socio-économique plus bas et l'absence de problème néonataux. Le sentiment de ne pas être prête pour la sortie est aussi plus fréquent dans le groupe des mères sorties précocement. » (14)*

De plus, il est remarqué que les femmes vulnérables sont moins susceptibles de demander de l'aide par méfiance, peur du coût, à cause de différences de culture... (2) L'offre de soins se fait en réponse à la demande faite par les familles, il est donc difficile de les atteindre s'il n'y a pas de demande, même si les besoins à combler sont présents. L'ONE joue d'ailleurs sur plusieurs de ces composantes (gratuité des services, proximité des lieux d'accueil) afin d'appuyer l'universalité de ses services et amener les familles à maintenir le suivi et le contact.

⁶ Il est souvent expliqué en sociologie par cet exemple : *« les scientifiques mieux connus tendent à recevoir plus de reconnaissance académique que les scientifiques moins connus pour des réalisations similaires. Par conséquent, les scientifiques mieux connus attirent plus de ressources au détriment des scientifiques moins connus, ce qui creuse l'écart entre les ressources et les réalisations des deux groupes. » (54)*

Pour construire une relation de confiance et toucher le plus les familles, l'ONE propose des visites à domicile.(2) C'est également la réponse proposée face aux retours précoces : le développement des suivis à domicile, afin de passer le relais aux intervenants de 1^{ère} ligne et d'assurer ainsi la continuité des soins.(36)

Si on considère le concept de vulnérabilité, le domicile révèle une dimension spécifique de la vie : la dimension privée. Les PEP'S et les autres professionnels peuvent se rendre compte des conditions de logement, d'hygiène notamment, mais aussi du privilège que leur accordent les familles en les autorisant à pénétrer dans leur espace intime.(2)

« Le domicile est, pour ses occupants, un lieu de sécurité. Il marque la frontière entre vie privée et vie publique. Il donne à voir qui on est et comment on vit. Cela pourrait contribuer à expliquer certaines réticences à faire entrer le professionnel dans cet espace intime. »(2)

Qui parle d'intimité, parle aussi de règles de confiance et de confidentialité que les intervenants doivent respecter. Les professionnels de la santé ne viennent pas en situation de pouvoir au domicile, ils doivent au contraire construire un partenariat où chacun à son mot à dire. *« Au-delà du manque de biens matériels, le vrai visage de la pauvreté et de la précarité, c'est d'abord la privation de la capacité de se faire entendre, de s'organiser pour faire valoir ses priorités et ses intérêts »(51)*

Il faut aussi souligner le souhait que l'impact bénéfique soit à long terme et le plus étendu possible en visant finalement, la protection des générations présentes et futures. *« Une des particularités spécifiques au domaine de la santé de la mère et de l'enfant est l'aspect « transgénérationnel » ou « intergénérationnel » de la problématique des vulnérabilités. Il est largement accepté aussi, que la grossesse et la petite enfance sont le moment privilégié et unique pour rompre cet engrenage. » (11)*

« S'occuper de la mère, c'est s'occuper du bébé. »(11)

« De nombreuses études démontrent l'intérêt des interventions précoces auprès des familles qui présentent des vulnérabilités multiples. »(2)

En périnatalité, on peut effectuer une approche systématique dès l'annonce d'une grossesse qui amène un gain de temps, si les mesures peuvent être mises en place rapidement.(47) Les actions sont d'autant plus efficaces qu'elles sont mises en place tôt, par des professionnels de proximité qui connaissent déjà les familles. Comme pour d'autres situations, cette approche débute par un dépistage non pas d'une maladie, mais des facteurs de risque et également des ressources des personnes. Après le repérage, le but est de mettre en place des actions sur le long terme et de pérenniser leurs effets.(55)

Par contre, il faut mettre en garde contre le risque de stigmatisation. Par une détection systématique, on pointe l'attention sur des vulnérabilités, on catégorise les personnes et on risque de mettre une étiquette particulière sur leurs dossiers. L'effet pervers de la détection peut également se retourner contre les gens si on décide de les responsabiliser suite à leurs vulnérabilités et leurs comportements.(47)

« La crainte de développer des projets spécifiques pour une certaine catégorie de personnes est souvent exprimée = impression que cela est contraire au principe de service universel qui

se doit d'être « égalitaire ». Le concept de « discrimination positive » est souvent mal perçu». (56)

Durant la grossesse et après la naissance, les familles, d'autant plus si elles sont vulnérables, ont des besoins spécifiques. Ils sont multiples et vont des besoins matériels, au développement des compétences parentales ou de littératie en santé ou encore le simple besoin d'être rassuré, ainsi que d'un suivi dans le respect de la confidentialité.

Les populations vulnérables semblent principalement avoir besoin de (25) :

- Plus de suivi ;
- Plus d'information ;
- Contacts supplémentaires, notamment lors des visites à domicile ;
- Plus de personnalisation du suivi pour prendre en compte tous les facteurs de vulnérabilité ;
- Plus de clarté et de confiance vis-à-vis des différents intervenants.

Elles requièrent essentiellement la mise en place de mesures protectrices permises par l'identification, pour que, malgré le séjour hospitalier écourté, les vulnérabilités ne soient pas exacerbées. Ces mesures protectrices peuvent correspondre à la consolidation du réseau social formel et informel autour des familles. Il est capital que chaque acteur de santé agisse dans l'intérêt de la mère et de l'enfant sans jugement.(48)

De plus, les problèmes pouvant toucher toutes les dimensions du fonctionnement humain, ils requièrent une diversité d'intervenants pour y faire face et répondre aux besoins exprimés. Le besoin d'une approche pluridisciplinaire des populations vulnérables fait émerger d'autres besoins : celui de la coordination et du partenariat (collaboration).(2)

C. Les intervenants dans les situations de vulnérabilité périnatale

« Dans le même temps, les personnes vulnérables représentent un défi dans les soins professionnels car elles nécessitent une gestion de cas complexe et souvent interdisciplinaire et les taux d'abandon sont élevés . Grâce aux expériences associées, les personnes vulnérables développent par la suite une tendance à éviter complètement les soins professionnels. » (47)

Ce passage exprime que la prise en charge des personnes vulnérables représente un défi. Il faut en plus associer différents regards professionnels, différentes inquiétudes, différentes implications, car les professionnels doivent agir en concertation. Or, la définition et délimitation des rôles de chacun n'est pas toujours évidente, ni la programmation des horaires de travail. Par ailleurs, différents obstacles, déjà évoqués, peuvent pousser les professionnels à accepter ces prises en charge avec réticence: le manque d'options d'intervention, une communication difficile, des soins qui sont chronophages, une rémunération pas toujours avantageuse... Les cas vulnérables provoquent donc parfois de « l'embarras » et ne constituent pas les patients préférés.(47)

Dans la littérature, le suivi post-partum implique l'intervention de certains professionnels spécifiques. Dans une majorité des cas, le suivi débute à partir de l'hôpital. Il concentre entre autres des gynécologues, des pédiatres, des sages-femmes, des PEP's, des kinésithérapeutes, des consultantes en lactation... Ces intervenants peuvent également travailler en extrahospitalier en tant qu'indépendant. Les médecins généralistes, les médecins

des consultations de nourrisson, les psychologues et certains services spécialisés (ex : assistante maternelle) ont aussi un rôle à jouer.(1) Plus spécifiquement pour les populations vulnérables, certains services tels que les centres publics d'action sociale (CPAS), les maisons d'accueil ou encore le service d'aide à la jeunesse (SAJ) sont cités.(25)

Je vais décrire brièvement le rôle des intervenants principaux dans le suivi post-partum lors du retour à domicile (11) :

- Le gynécologue/obstétricien examine la mère avant la sortie et prescrit si nécessaire les médicaments et les soins spécifiques suivant l'anamnèse et le mode d'accouchement (ex : prescription de soins de plaie de césarienne). Excepté un problème médical particulier, il revoit la patiente 6 semaines après l'accouchement.
- Le pédiatre hospitalier examine le nouveau-né avant la sortie, prend ses mesures et vérifie que son dossier est en ordre. Il prescrit des examens si besoin.
- Le pédiatre extrahospitalier ou médecin à l'ONE : dans les deux cas, ils contrôlent le développement de l'enfant, conseillent et préconisent la vaccination. Contrairement au pédiatre, le rôle du médecin de l'ONE n'est pas curatif, mais se limite au préventif.(57) Des rendez-vous doivent être programmés/rappelés pour assurer le suivi de l'enfant. Le premier rendez-vous a lieu, excepté un problème médical urgent, quelques semaines après la naissance.
- La sage-femme centre son action sur les soins maternels (surveillance de plaie périnéale, suivi de l'allaitement, dépistage de la dépression...) et sur les soins du nourrisson (surveillance pondérale, d'ictère, capacités à s'alimenter...) Différentes organisations pour le suivi peuvent être proposées : le service hospitalier de soins à domicile ou un réseau extrahospitalier de sages-femmes. Le premier se concentre sur une zone géographique définie par rapport à l'hôpital et il s'agit de sages-femmes hospitalières qui effectuent le suivi. Le second est formé par des sages-femmes indépendantes qui travaillent en groupe ou non. Elles peuvent se rendre au domicile dès la sortie de la maternité et jusqu'à 6 consultations, hors des consultations de suivi de la lactation et d'une raison médicale .
- La PEP's peut jouer un rôle à différents niveaux : en prénatal, en liaison à la maternité, sur le secteur (notamment à domicile ou dans les consultations de nourrissons). En prénatal, elle accompagne la mère sur un plan psycho-social, informe et aide parfois à réaliser des démarches administratives. Lors de la liaison à la maternité, elle rencontre les patientes, s'enquiert du suivi choisi, informe les parents au sujet des services ONE et complète un avis de naissance transmettant les informations principales à la PEP's de secteur. Elle remet également le carnet de l'enfant. Quant à la PEP's de secteur, elle effectue des visites à domicile, et accueille les familles durant les consultations de nourrisson. Elle écoute, conseille, informe sur de nombreux sujets et propose des activités en lien avec l'ONE (ex : activités collectives).
- Le médecin généraliste (médecin traitant) peut suivre l'état de santé général de la mère et de son nouveau-né en dehors de pathologies spécifiques.
- Dans des cas spécifiques, la psychologue, l'assistante sociale, le kinésithérapeute et d'autres professionnels peuvent intervenir.

3. Concept de collaboration interprofessionnelle

Dans le contexte de sorties précoces, le suivi du post-partum nécessite de sortir du cadre de l'hôpital par l'instauration des visites à domicile. Celles-ci requièrent une organisation spécifique en ce qui concernent les dyades vulnérables.(58) La transition des soins hospitaliers

vers les soins à domicile demande la participation d'autres professionnels de santé; à fortiori dans les situation de vulnérabilité. Pour se pencher sur l'organisation de ces professionnels autour de ces prises en charge, il faut se questionner au sujet de leur collaboration.

Chaque professionnel a son expertise et sa spécialité. Chaque professionnel peut donc exercer une certaine forme d'autorité dans son domaine. Mais la collaboration renvoie à l'action de travailler ensemble. Cela souligne, dans les soins de santé post-partum, la nécessité d'une approche pluridisciplinaire. La pluralité d'intervenant qui est suggérée amène à la notion délicate d'interdépendance lors des prises en charge.(59) Et cette notion amène à s'interroger sur certaines composantes de la collaboration telles que la continuité et la coordination.

La collaboration interprofessionnelle se définit comme faite :« *d'un ensemble de relations et d'interactions qui permettent ou non à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience, leurs habiletés pour les mettre, de façon concomitante au service des clients et pour le plus grand bien des clients.* » (59)

Le besoin de rencontre et de communication entre professionnels est manifeste. Les deux sont étroitement en lien. La rencontre semble permettre de faire connaissance et permet « l'observation » de l'autre. Quant à la communication qui joue un rôle clé (60), elle peut être qualifiée de déterminant interactionnel. L'interaction, qui en découle, permet l'ouverture à autrui. Au niveau des professionnels, cette ouverture se réalise en fonction de l'établissement d'une relation de confiance.(59) Cette dernière est décrite comme un indicateur de la collaboration.(61) C'est en fonction de l'intensité de cette confiance qui est accordée que la collaboration est efficace ou pas.(59) Dans le cas où elle est inefficace, cela peut avoir un impact négatif sur la qualité des soins, mais aussi sur la relation avec les familles. Ceci d'autant plus lorsqu'un défaut de communication amène à un manque de confiance chez les professionnels.(60,62)

« Porter considère que la confiance est un sentiment qui permet aux individus de prendre des risques »(59) En fonction de la perception de ce risque dans les situations de soins, les professionnels parviennent ou non à collaborer. Les séjours étant raccourcis à l'hôpital, la perception des risques est surtout dirigée vers la période intermédiaire du retour à domicile et les jours qui suivent. En effet, l'intégration des informations par les parents n'est pas optimale et le nouveau-né est un être vulnérable. Il semblerait que la transition vers le domicile amène à un risque de rupture qui pose alors une question au niveau de la continuité des soins.

Cette continuité est définie « *comme la mesure dans laquelle les deux interventions sont fournies dans une séquence cohérente et ininterrompue, sans retards indus et en réponse aux besoins du client.* » (63) La continuité est justement la principale finalité de la collaboration des professionnels.(60) Elle est notamment en lien avec la transmission d'informations et la coordination à instaurer avec les autres professionnels. « *La collaboration interprofessionnelle est ainsi conçue comme la structuration d'une action collective à travers le partage de l'information et la prise de décision dans les processus cliniques. Elle résulte d'un processus d'interaction entre les acteurs avec la structure organisationnelle et de ces deux éléments avec des structures englobantes.* » (59)

Ce partage d'information, comme signalé plus haut, n'est pas évident vis-à-vis des parents durant le court séjour hospitalier. De plus, un manque de cohérence dans les discours des différents professionnels est signalé. Plus loin que le partage d'information avec les parents, il y a également le partage d'information entre les professionnels. Celui-ci possède plusieurs

supports : le contact direct, téléphonique ou écrit.(60) Cette transmission représente l'un des degrés de la collaboration : plus la relation de confiance est installée, plus d'échanges se voient concrétiser. L'interdépendance est alors visible puisque les professionnels se basent sur les informations transmises pour élaborer leur prise en charge. Plus ces échanges sont intenses, plus ils partagent leur expérience et plus leur autonomie diminue pour évoluer vers le travail en équipe interprofessionnelle.(59) Il est déploré que ces transmissions peuvent être incomplètes et insuffisantes mettant à mal la continuité des soins.(62)

Ce travail en équipe suggère une certaine contrainte au niveau de son organisation afin d'assurer son efficacité : « *Fayol (1949) qui a identifié les quatre fonctions de gestion dont l'une est la coordination, c'est-à-dire le fait d'harmoniser, d'unir et d'orienter tous les efforts vers le même but.* » (59) La performance de cette coordination dans les soins est assujetti à la nécessité des professionnels de coopérer et aux mécanismes que la sous-tendent entre autres, l'autorité et la confiance.

La coordination peut avoir plusieurs formes et organisations différentes. L'une est représentée par des professionnels agissant chacun dans son domaine d'expertise sans superposition des compétences et responsabilités. L'autre, les professionnels agissent en groupe en étant centré sur les besoins du patient et chacun, même s'il y a un chevauchement des compétences, apporte son expertise en concertation.(59)

Dans le dernier exemple, cette intégration de chaque professionnel à la planification des soins du patient avance la configuration en réseau que D'Amour qualifie « d'interactif (dans un contexte intersectoriel) », (59) mais aussi « d'inter-organisationnel ».(63) La collaboration y est cruciale.(59) De la grandeur de ce réseau dépendent les possibilités et les facilités de collaboration.(63) D'ailleurs, un des obstacles cités dans une revue narrative vis-à-vis de la collaboration entre les sages-femmes et d'autres professionnels du secteur mère-enfant est le manque d'accessibilité géographique. A l'inverse, moins de distance entre les professionnels permet plus de contact et aussi une meilleure transmission des informations.(60)

D'autres obstacles à la collaboration sont rapportés : « une mauvaise communication, des ressources et un soutien limités, une philosophie de soins divergente et une mauvaise connaissance des uns et des autres ». Quant aux facteurs la favorisant, ils représentent leur contraire : « une bonne communication, un respect et un soutien mutuel, le rôle du personnel de liaison, la co-localisation, le travail et l'action conjointe ». Il est important de remarquer que la collaboration est influencée par la manière de communiquer entre les professionnels, mais aussi par leur comportement de reconnaissance et de soutien. De plus, la connaissance du travail des autres intervenants, de leurs responsabilités et de leurs compétences conditionne la qualité de la collaboration et de ses résultats auprès des familles. Elle influence aussi l'opinion et la représentation réciproque qu'ils ont l'un de l'autre.(60)

En conclusion, tous les professionnels sont conscients de l'intérêt à construire solidement la collaboration, mais différents obstacles peuvent l'entraver. La vulnérabilité des familles en est un. L'écart entre la théorie et la mise en pratique réelle semble conséquent et demeure un sujet d'intérêt pour la recherche.(60) C'est la raison pour laquelle ce travail va se pencher sur l'analyse de l'organisation et de la collaboration entre les professionnels lors du retour à domicile chez les dyades vulnérables.

Partie pratique

Question et objectifs de recherche

La question de recherche qui sous-tend ce mémoire est :

« Comment les multiples professionnels dans le secteur mère-enfant s'organisent-ils pour accompagner les populations vulnérables lors du retour à domicile en post-partum ? »

L'objectif général de cette recherche est d'analyser la collaboration mise en place au CHU Tivoli pour le suivi post-partum à domicile des femmes en situation de vulnérabilité. Afin de l'atteindre, plusieurs objectifs spécifiques sont définis :

- Recueillir de la part de chaque professionnel sa conception du suivi post-natal lorsqu'il s'agit de ces populations vulnérables ;
- Explorer les réseaux formels ou informels, leur coordination autour des familles et déterminer les ressources disponibles ;
- Analyser les interactions entre les différents professionnels de la santé et du secteur social lors du retour à domicile en post-partum ;
- Dégager des pistes de réflexion et d'action pour la prise en charge des patientes vulnérables au CHU Tivoli.

Matériel et méthodes

A. Design de la recherche

La méthode qualitative est utilisée pour mener une étude de cas à visée exploratoire centrée sur la collaboration au niveau du suivi post-partum des patientes vulnérables à partir du CHU Tivoli. Afin de répondre aux objectifs de la recherche, une revue de la littérature, une analyse des données statistiques disponibles, et des entretiens semi-directifs sont réalisés. A partir des données récoltées et de leur analyse, une approche inductive permet ensuite l'émergence de catégories clés.

B. Revue de littérature

Pour contextualiser la problématique, des recherches dans la littérature ont permis de définir les différents concepts et de poser les bases et les limites des connaissances actuelles.

Plusieurs bases de données ont été consultées dont Pubmed, Cairn, Sciencedirect, Embase, Scopus et Google scholar. Les mots-clés principaux utilisés sont en référence à l'outil PICO pour une question de recherche qualitative. Ils sont utilisés en français et en anglais :

Participants: « Community Health Worker », « Midwife », « Vulnerable Population », « Parents », « Health Personnel » ;

Phénomène d'intérêt: « Postnatal Care/organization and administration », « Postnatal Care/standards », « Professional practices », « Preparation », « Parent Training », « Childbirth and parenting education », « Parenthood » ;

Contexte : « post-partum », « sortie précoce » (ou « Early post-partum discharge »), « Public Health », « Pregnancy ».

Pour finir, des ouvrages tels que le « Guide du post-partum », les rapports du KCE, les rapports de l'ONE et certains sites de référence tels que ceux des services publics fédéraux (ex : SPF santé publique), de l'ONE, de l'UPSFB ont été utilisés.

C. Analyse des données statistiques

Au niveau des sites de données statistiques (données qui seront présentées dans la partie Résultats), les recherches ont ciblé les rapports des Banque de Données Médico-Sociales de l'ONE (BDMS), les sites de Statbel, de l'Institut Wallon de l'Evaluation, de la Prospective et de la Statistique (IWEPS), de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OECD), de Hainaut stat' (liés aux Observatoires de la santé), de l'IMA-AIM atlas (Agence Intermutualiste) et du Centre d'épidémiologie périnatale (CEPIP).

Une difficulté s'est présentée concernant l'interprétation des données statistiques. Elle réside dans les différences et la précision des données récoltées et présentées.

En premier lieu, plusieurs éléments sont à prendre en compte.

- Suivant les bases de données, les données sont présentées à différents niveaux temporels (2000, 2007, 2017...) et à différents niveaux géographiques (la Belgique, la Fédération Wallonie-Bruxelles, la Wallonie, la Flandre, le Hainaut...) sans harmonisation ;
- Ces différences de niveau géographique et les interactions entre les différentes caractéristiques présentées rendent l'interprétation difficile ;
- Il est parfois difficile d'obtenir des données uniquement pour le domaine périnatal (ex: femmes enceintes non distinguées des autres femmes) ;

- Certaines données se basent uniquement sur le nombre de suivis réalisés par l'ONE (le taux moyen de couverture des Avis de naissances en 2017 par rapport aux naissances officielles est de 98%) (43) ;
- L'ONE dans ces BDMS établit une distinction dans les données entre les femmes enceintes et celles ayant réellement accouché ce qui occasionne des écarts dans les chiffres présentés (ex : proportion des femmes enceintes de moins de 20 ans et proportion des femmes ayant accouché de moins de 20 ans). Cela s'explique par « la prise en compte des fausses couches, des pertues de vue » et le fait que les données sont récoltées uniquement dans les consultations prénatales hospitalières rattachées à l'ONE.

En second lieu, le CHU Tivoli collecte des données en se basant sur l'encodage réalisé par les assistantes sociales dans le dossier informatique. Seules sont reprises les familles ayant bénéficié d'un suivi social particulier. Ces données (qui seront présentées dans la partie Résultats) sont à considérer avec précaution étant donné :

- Que durant l'analyse des données des admissions de l'année 2019, une proportion inconnue de données manquantes est à prendre en compte (ex : manque d'encodage) ;
- La non-distinction entre les données maternelles et néonatales ;
- La difficulté d'interprétation des données suivant l'assistante sociale qui les a encodées, le statut de l'enfant et des parents (ambulants ou hospitalisés) et du service où ils se situent (maternité, salle d'accouchement ou service néonatal) au moment du suivi ;
- Certains items semblent être encodés plus facilement au détriment d'autres (ex : travail en réseau interne/externe). A la sortie de la maternité, il existe plusieurs items différents. Des données m'ont été transmises pour cinq d'entre eux. Voici comment ils sont définis par les assistantes sociales :
 - **Décès** : le couple se situe dans le service maternité (ou salle d'accouchement ou service néonatal parfois) lorsque les démarches sont effectuées par rapport au décès de l'enfant ;
 - **Retour à domicile** : lieu de retour de l'enfant à la sortie de l'hôpital, même si des démarches ont été effectuées pour le suivi (ex : SAJ) ;
 - **ONE** : famille référencée plus spécifiquement à l'ONE ;
 - **Travail en réseau externe** : intervenant(s) extérieur(s) contacté(s) ;
 - **Travail en réseau interne** : intervenant(s) interne(s) contacté(s).

D. Outils

1) Construction du guide d'entretien

Un guide d'entretien (Annexe 1) a été construit dans le but de mener des entretiens semi-directifs individuels afin d'analyser les thématiques principales de l'organisation du suivi à domicile.

Le formulaire débute par les questions de profil du répondant qui peuvent être posées durant l'entretien. Afin de recueillir le positionnement des intervenants concernant les sorties précoces et leurs impacts sur leur travail, une échelle de Likert est proposée avec une graduation de cinq items (Pas du tout d'accord, pas d'accord, sans opinion, d'accord, tout à fait d'accord).

Il est ensuite demandé à chaque participant de donner 3 mots-clés qui, personnellement, définissent les vulnérabilités et de décrire son travail en général. Cela permet d'avoir accès à leurs représentations de la vulnérabilité.

Puis, 3 thématiques sont abordées : la description du travail, la perception des prises en charge post-partum de binôme vulnérable et l'évolution.

La première permet d'interroger de manière générale sur le travail en post-partum à domicile, la manière d'identifier les familles vulnérables et le ressenti par rapport à leur prise en charge.

La deuxième cible l'organisation mise en place autour de ces familles. Afin de poser un cadre concret auprès des professionnels, deux situations fictives ont été construites à partir d'expériences professionnelles vécues entre décembre 2019 et janvier 2020 (Annexe 2). C'est au départ de ces situations que les questions sont alors posées : elles investiguent les possibles intervenants et la manière de communiquer avec eux, les facilités et difficultés rencontrées ainsi que la dimension de continuité et le ressenti final.

La troisième aborde le ressenti concernant l'impact de la réforme du financement des hôpitaux, la vision qu'ont les participants de l'évolution future et les idées pratiques à mettre en place.

Un pré-test du guide a été effectué avec deux personnes et cela a amené à changer l'ordre de certaines questions, à en expliciter d'autres et à suggérer des questions de relance.

2) Réalisation des interviews

La collecte des données s'est déroulée de janvier 2020 à mars 2020.

La méthode d'échantillonnage ciblée par choix raisonné a été utilisée pour sélectionner les participants. Les critères retenus concernent la diversité des professions médicales et sociales représentées, l'expérience et l'accessibilité des intervenants au départ du suivi au CHU Tivoli.

Sur un total de 15 demandes de participation, 12 ont reçu une réponse positive. Malheureusement, 2 n'ont pu être réalisées étant donné le contexte de confinement.

Un total de 10 entretiens a été réalisé en présence de 11 professionnels. Leur durée était en moyenne de 59 minutes.

Huit entretiens se sont déroulés sur le lieu de travail des professionnels et deux à leur domicile. Le créneau horaire était laissé à la discrétion des participants.

L'un des entretiens s'est déroulé en présence de deux personnes : l'une ayant plus d'expérience au sein de l'institution et l'autre intervenant pour parfois appuyer le discours principal de l'autre professionnel.

E. Analyse de contenu thématique

Les entretiens ont fait l'objet d'une retranscription complète, dont des extraits se trouvent en Annexe 8. Ensuite, une pré-analyse du contenu a été effectuée par leur lecture et la formulation des catégories émergentes. Une approche sommative et dirigée a permis le découpage en unités d'analyse (Arbre thématique en Annexe 9). Cette opération a mené à une catégorisation permettant la construction d'un plan d'analyse afin de structurer les résultats. Ce plan est présenté à la figure 1.

- « Comment les multiples professionnels dans le secteur mère-enfant s'organisent-ils pour accompagner les populations vulnérables lors du retour à domicile en post-partum? »

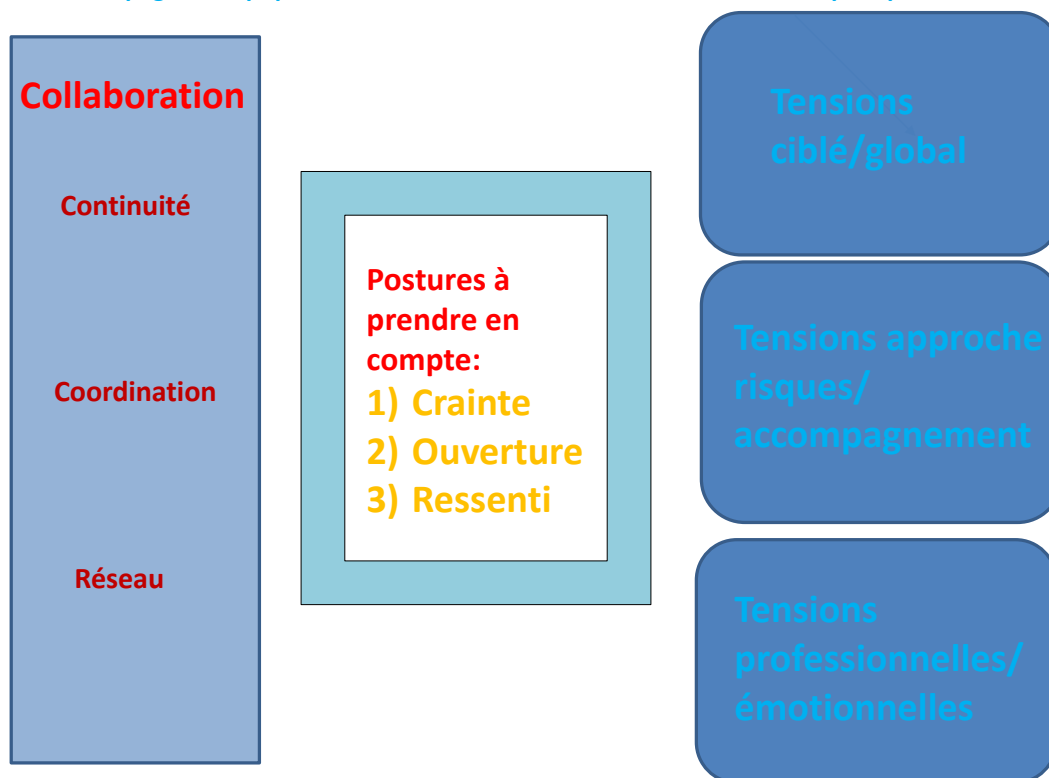


Figure 1 : Plan d'analyse

Pour comprendre l'organisation des professionnels, l'analyse des entretiens a souligné l'importance de la dimension de la collaboration. En examinant plus en profondeur, certaines composantes ont été mises en avant. La continuité du suivi et des informations semble fondamentale et dépend de la collaboration entre les professionnels. Afin d'assurer cette continuité, une coordination entre les professionnels paraît incontournable et amène à développer le travail en réseau.

La collaboration semble influencée par l'adoption de certaines postures de la part des professionnels. Si elles ne sont pas prises en compte, la compréhension des aspects de leur collaboration est compromise.

La crainte et la peur des dangers encourus dominent la manière d'aborder les prises en charge par les intervenants. A l'opposé, c'est une posture d'ouverture qu'on retrouve. Elle implique à son tour l'influence des représentations des rôles professionnels et des compétences parentales. Les postures sont également animées par le ressenti des intervenants qui provient de toutes les émotions qu'ils éprouvent face à ces prises en charge.

Le besoin de collaboration et les postures adoptées font émerger des tensions à plusieurs niveaux :

- 1) Les tensions entre une approche ciblée et globale expriment les considérations différentes concernant le membre de la dyade visé par les intervenants. Ensuite, les professionnels ont abordé le besoin d'une standardisation, mais qui doit prendre en compte simultanément un besoin de personnalisation. Finalement, une dimension géographique et temporelle vient jouer un rôle non négligeable dans l'organisation de la prise en charge.

- 2) Des tensions en fonction de l'approche des risques et de l'accompagnement émergent. Elles sont basées sur une ambivalence entre ces deux approches : orienter en se basant sur son expérience tout en repérant (subjectivement parfois) les dangers, ce qui amène à mettre des services en place ou l'envie de les imposer. Une difficulté au niveau de la définition des rôles et des responsabilités reste présente et est exprimée.
- 3) Des tensions entre l'approche professionnelle et émotionnelle sont perceptibles. La notion de jugement entre professionnels se décline en trois degrés : le jugement négatif, la compétition, l'influence qui permet la valorisation. Pour terminer, au niveau émotionnel, ces prises en charge sont marquées par la notion du lien et de l'attachement avec l'implication et la confiance qui en découlent.

F. Éthique

Le protocole de cette recherche a été approuvé par le Comité d'éthique de St Luc (n°45.399.955). Le mémoire a été autorisé par la direction du CHU Tivoli. La recherche a également été autorisée par l'ONE et approuvée par le Conseil scientifique du Hainaut. Les autorisations sont présentées en Annexe 3 à 6. Les informations et le formulaire de consentement remis aux participants (tous professionnels) figurent en Annexe 7.

Les entretiens ont été enregistrés et intégralement retranscrits. Les participants ont reçu préalablement une information au sujet de la recherche, de ses objectifs et des modalités de participation. La signature d'un consentement éclairé leur a été demandée. Toutes les données récoltées ont été anonymisées.

Résultats

A. La vulnérabilité en post-partum dans le Hainaut.

Pour cibler précisément le domaine périnatal, je vais exposer des caractéristiques sociodémographiques et économiques concernant les « futures » mères, par extension les « futurs » pères, et les mettre en situation de vulnérabilité lors du retour à domicile en post-partum. Je me focalise sur la Wallonie, et plus précisément sur le Hainaut, lorsque les données le permettent. Ce choix est motivé par la précarité qui semble toucher ce territoire réputé plus défavorisé que le reste de la Belgique (64,65) et sur lequel est localisé le CHU Tivoli. Je développerai d'abord le profil des femmes, puis les issues néonatales

1) Le profil des femmes enceintes/ayant accouché

Je vais développer les caractéristiques suivantes :

- 1) L'emploi (Figure 2) et son lien avec le revenu et donc le risque de pauvreté économique (Tableau 2) ;
- 2) Le niveau d'éducation et son lien avec l'âge ;
- 3) La dimension culturelle illustrée par la nationalité et je ferai le lien avec la situation relationnelle/de soutien de la mère.

Pour finir, je citerai succinctement divers comportements de santé.

Indicateurs	Belgique 2018		Wallonie	Bruxelles	Flandre
	Femme	Homme			
Taux de risque de pauvreté	17,2%	15,6%	17,6 à 26 % (2017)	30% (2017)	10% (2017)
Indicateur de privation matérielle	5%		8,6% (Données de 2017 à 2018)		
Taux de risque de pauvreté ou d'exclusion sociale			26,2% (2018)	38% (2018)	

Tableau 2: La pauvreté économique et quelques indicateurs en Belgique et Wallonie (données de l'IWEPS, de l'Observatoire de la santé Bruxelles et Statbel)

Premièrement, lorsqu'il est question de vulnérabilité, **la pauvreté économique** (ou son risque) est un élément récurrent. Elle est influencée par le statut d'emploi et le type de revenu qui seront abordés plus loin.(52) Difficile à quantifier précisément, elle est composée de plusieurs indicateurs :

- 1) Le « **taux de risque de pauvreté** »⁷ (66) : les données ne sont pas spécifiquement récoltées pour le calculer pour les femmes enceintes/accouchées et leur compagnon.

⁷ Le « taux de risque de pauvreté mesure le pourcentage de la population vivant dans un ménage dont le revenu disponible équivalent est inférieur à 60 % du revenu médian national (seuil de pauvreté) ».(66)

Par contre, la base de données Statbel expose que le genre féminin est associé à un taux de pauvreté plus élevé : en Belgique, en 2018, les femmes présentent un taux de 17,2% contre 15,6% chez les hommes.(67) « Ainsi, on peut affirmer avec 95 % de certitude **qu'en Wallonie sur base des revenus de 2017, le taux de risque de pauvreté se situait entre 17,6 % et 26,0 %**. Le taux de risque de pauvreté en Wallonie est inférieur au taux à Bruxelles (autour de 30 %), mais supérieur au taux en Flandre (autour de 10 %). Ces chiffres sont relativement stables depuis le début de l'enquête (2003), même si une légère augmentation est observée en Wallonie et à Bruxelles (mais elle n'est pas encore statistiquement significative). »

Ce taux, mesure de pauvreté relative, est uniquement basé sur le côté monétaire. Il ne parvient pas à prendre en compte les plus précarisés qui ne rentrent pas dans l'échantillon de l'EU-SILC (« une enquête annuelle largement utilisée pour quantifier la pauvreté en Europe »).(68)

Les deux indicateurs suivants n'étant pas sexo-spécifiques, ils sont mentionnés brièvement.

- 2) **L'indicateur de privation matérielle**⁸ (69). L'enquête EU-SILC établit, qu'en Wallonie, environ « 8,6 % de la population vit dans un ménage en situation de privation matérielle sévère ».(70)
- 3) **Le taux de risque de pauvreté ou d'exclusion sociale**⁹ (71) lient les deux indicateurs précédents. En 2018, « plus d'un habitant sur quatre (26,2%) » en Wallonie vit dans un ménage présentant cette situation.(71) Un lien entre la pauvreté, les revenus du ménage et donc la situation professionnelle des parents peut être tissé.

Abordons alors le **type de revenu et le statut de l'emploi** du point de vue des femmes.

Au niveau du revenu, il y a deux catégories :

- 1) Le **revenu professionnel** (en lien avec la situation professionnelle abordée plus loin);
- 2) Le **revenu de remplacement** comprenant les allocations de chômage, les revenus d'intégration sociale (RIS), les indemnités... Globalement, la BDMS de l'ONE présente une proportion de 42,3% pour les bénéficiaires du RIS en Wallonie en 2017.(43) Ce revenu est procuré par les CPAS.

Plus précisément, au niveau du financement des soins de santé, l'AIM considère le statut BIM¹⁰ (Bénéficiaire de l'Intervention Majorée) comme « un indicateur d'un milieu socio-économique défavorisé »¹¹ (72). En 2014, l'AIM présente, pour le Hainaut, un pourcentage de 21,8% de femmes enceintes ayant le statut BIM par lieu de résidence, et 22,3% par maternité, plus d'une femme sur cinq.

Au niveau de **l'emploi** :

- Les femmes enceintes et suivies en période prénatale par l'ONE dans le Hainaut en 2017 sont nombreuses à travailler (46,4%) ;

⁸ L'indicateur de privation matérielle analyse « non pas la situation financière des individus, mais plutôt ce que permettent (ou pas) les moyens financiers disponibles. » (69)

⁹ Le taux de risque de pauvreté ou d'exclusion sociale « comprend l'ensemble des personnes qui sont en risque de pauvreté, qui sont en situation de privation matérielle sévère et/ou vivent dans un ménage à très faible intensité de travail. » (69)

¹⁰ Pour les femmes enceintes, l'obtention du statut BIM dépend de l'accès au RIS (ou aide sociale) ou du fait que les revenus ne dépassent pas un certain plafond.

¹¹ Cette considération est nuancée puisque les conditions d'accès au statut BIM se sont élargies depuis 2005 avec l'introduction du statut OMNIO, en 2007, visant les ménages à faibles revenus.

- Le nombre de celles bénéficiant d'allocation de chômage est en baisse de 2008 à 2017, de 28,1% à 11,4% ;
- A l'inverse, celles bénéficiant d'aide sociale augmentent passant de 8,1% à 14,5%.(43) Ces données sont présentées dans la Figure 2.

L'ONE récolte des données à ce sujet lors du bilan des 9 mois de l'enfant : dans le Hainaut, près d'une mère sur deux serait au chômage ou sans emploi (44,5%).(43) La situation reste donc stable ce qui est confirmé par les chiffres présentés par le CEPIP : 43% des femmes ayant accouché sont sans activité professionnelle, tendance qui semble en augmentation depuis 2015.(73)

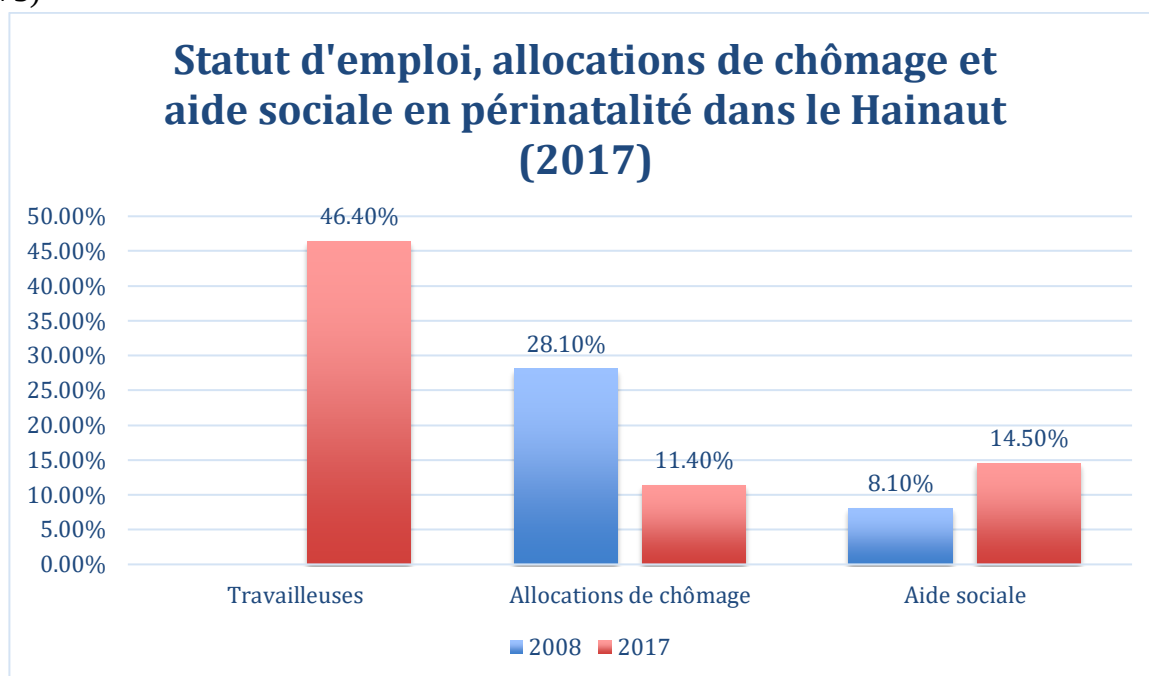


Figure 2: Proportion des travailleuses enceintes, des femmes enceintes bénéficiant d'une allocation de chômage ou d'aide sociale dans le Hainaut en 2017 (Données BDMS de l'ONE) (43)

Deuxièmement, il y a le **niveau d'instruction**¹². Il régule l'accès à l'emploi (et donc influence le risque de pauvreté économique), mais de nombreuses composantes en périnatalité en dépendent: la compréhension des messages de santé (avec la compréhension du français notamment), les décisions prises en conséquence telles que le choix d'allaiter, les comportements de santé tels que le tabagisme... ou tout simplement la décision d'être suivie médicalement et d'avoir une couverture de soins de santé.(43)

Un niveau très peu qualifié (sans diplôme ou uniquement avec le diplôme primaire) pourrait faire craindre un plus grand risque d'exclusion sociale. Selon la BDMS de l'ONE (43), « environ 27% des femmes enceintes suivies en Hainaut en 2017 ont un niveau d'éducation universitaire ou de type supérieur. » et « 10% des femmes enceintes suivies ont un niveau d'éducation qui ne dépasse pas le secondaire inférieur ».

¹² Les données à ce niveau sont difficiles à interpréter : suivant les sources (ex : CEPIP ou BDMS de l'ONE), la proportion de données manquantes est importante et les catégories définies de niveau d'instruction sont différentes (pas de scolarité/d'instruction, primaire achevé ou non, secondaire inférieur ou supérieur, supérieur universitaire ou non). Au près des parents, la distinction est également difficile à appréhender d'autant plus s'ils sont d'origine étrangère. Cela signifie que la récolte de ces données est également facilitée par le niveau d'instruction des parents (et donc un niveau plus élevé est plus facilement consigné).

Le niveau d’instruction dépend notamment de l’**âge** des femmes (Figure 3). Il peut aussi constituer un facteur de risque autant social que médical. Certaines tranches d’âge telles que les moins de 20 ans continuent d’interpeller notamment les PEP’s, parce qu’elles cumulent plusieurs difficultés à prendre en compte dans le suivi post-partum (ex : « décrochage scolaire et isolement »).(43)

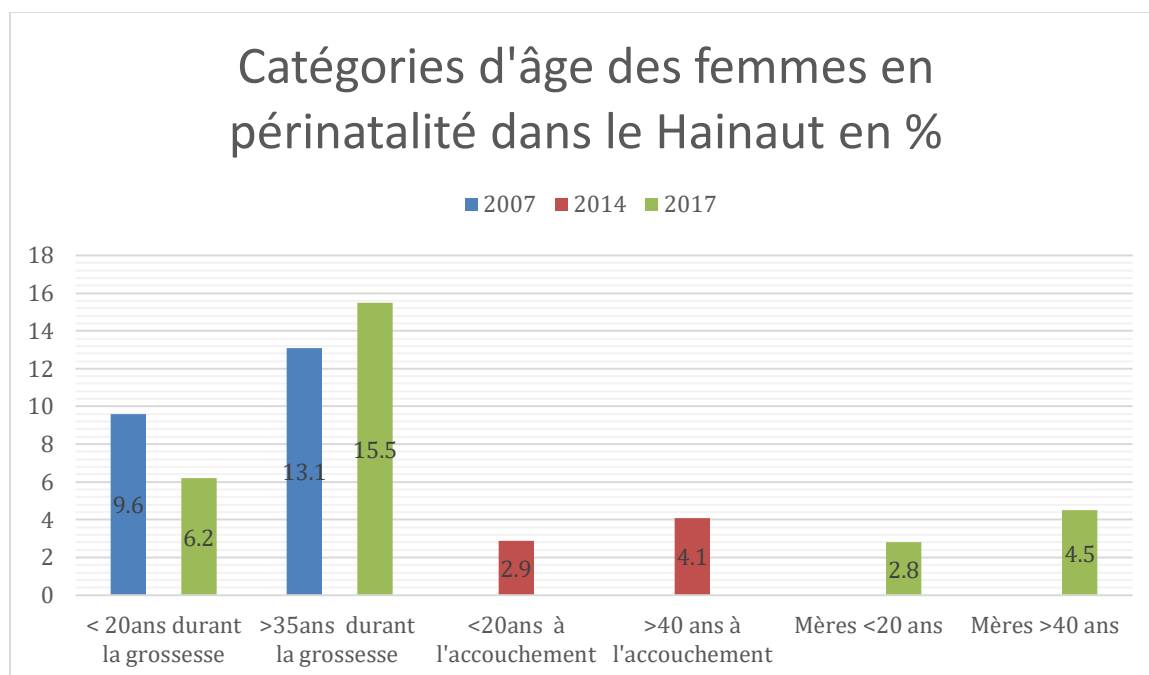


Figure 3: Catégories d'âge des femmes en périnatalité dans le Hainaut en pourcentage (données de la BDMS de l'ONE et de l'AIM) (43,74)

Concernant l’**âge durant la grossesse** : la BDMS de l’ONE sur le Hainaut signale une diminution passant de 9,6% en 2007 à 6,2% en 2017 pour les femmes enceintes de moins de 20 ans, tandis que c’est une augmentation qui est constatée pour les 35 ans et plus, allant de 13,1% à 15,5%.(43)

Concernant l’**âge à l’accouchement**, en 2014, l’AIM signale pour le Hainaut un pourcentage de 2,9% de femmes de moins de 20 ans ayant accouché et classées par lieu de résidence, un pourcentage plus élevé que toutes les autres provinces de Belgique, tandis que les plus de 40 ans représentent 4,1%.(74) Les derniers chiffres de la BDMS de 2017 montrent que les pourcentages restent stables : les pourcentages sont de 2,8% pour les moins de 20 ans et 4,5% pour les plus de 40 ans.(43)

Troisièmement, la dimension culturelle est difficilement quantifiable et est abordée, notamment en lien avec la **nationalité**. De manière générale, en Wallonie, le CEPIP déclare que 28,6% des mères sont d’origine étrangère en 2017.(73) Apparemment, 80 à 100 pays différents sont représentés au niveau des nationalités des femmes enceintes suivies par l’ONE dans le Hainaut (Figure 4), mais la majorité des femmes sont belges (74,8%).

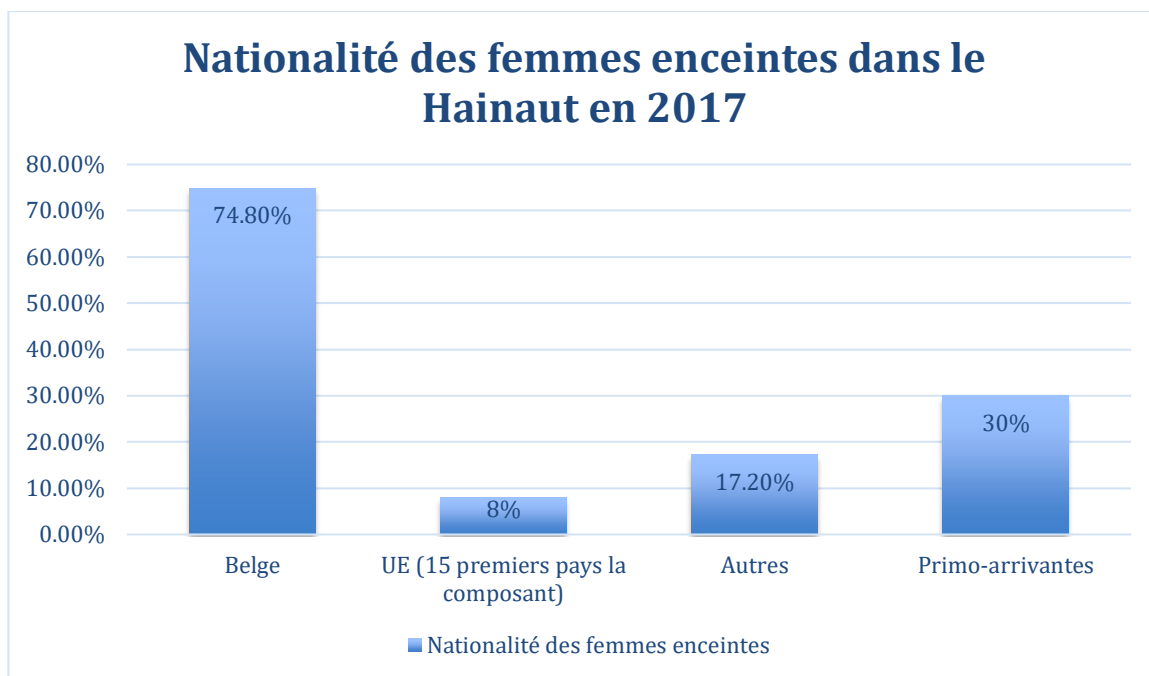


Figure 4: Nationalité des femmes enceintes dans le Hainaut en 2017 (Données de la BDMS de l'ONE) (43)

Issues des migrations récentes, 30 à 35% des femmes étrangères sont des « primo-arrivantes » (vivant en Belgique depuis moins de 5 ans).(43)

Un autre facteur à prendre en considération est leur situation relationnelle (Figure 5) : celle-ci se présente en termes du nombre de contacts humains, des relations d'aide et de soutien dont les femmes peuvent bénéficier. Elle s'illustre notamment par le statut officiel à l'état civil (marié-célibataire) qui, ne reprenant malheureusement pas en compte la cohabitation légale ou le reste du réseau relationnel, reste imprécis. Le type de ménage apporte des informations supplémentaires, même si la situation peut changer en cours de grossesse :

- En Wallonie, l'IWEPS présente le **pourcentage des mères isolées pendant l'accouchement** qui augmente légèrement de 2005 à 2017 en passant de 3% à 3,8% ; (75)
- Dans le Hainaut, « Entre 2008 et 2017, parmi l'ensemble des **femmes enceintes** suivies par l'ONE, entre 86 et 87% vivent en couple, entre 7,1 et 7,8% vivent en famille et entre 5 et 6% des femmes vivent isolées ou en maison d'accueil. » (43);
- Tandis qu'**à l'accouchement**, « En 2017, 91,9% des mères vivent en couple. Et, 8,1% des mères vivent soit en famille ou entourées de leurs proches (3,5%), soit isolées (4,6%). Cette dernière catégorie reprend les mères vivant seules ou dans une maison d'accueil. »(43)

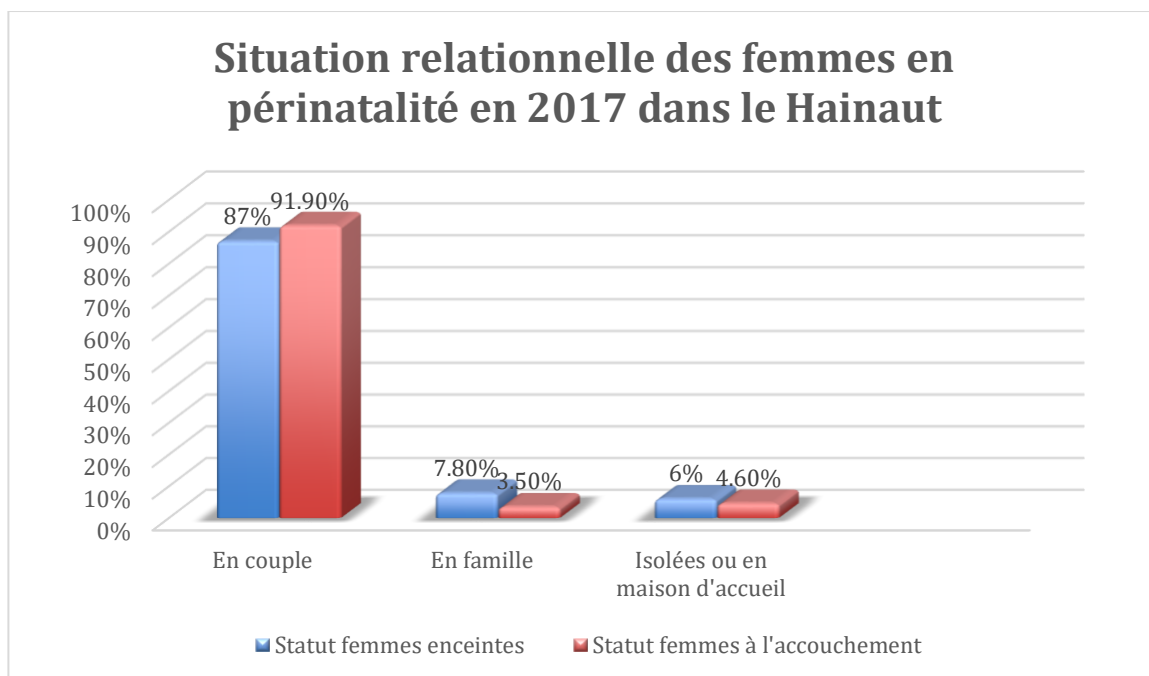


Figure 5: Situation relationnelle des femmes en périnatalité en 2017 dans le Hainaut. (Données de la BDMS de l'ONE) (43)

En 2014, l'Observatoire de la santé et du social à Bruxelles note que le fait d'être isolée et d'avoir un enfant, augmente le risque de pauvreté dès le premier enfant. Il en conclut que « Le fait d'être mère devient donc un facteur potentiellement précarisant. » (76) Il faut donc prendre en compte les femmes qui vivent seules, en dehors de toute famille ou en maison d'accueil.¹³ La crainte qui découle de cet isolement, tient en deux mots : demande et continuité. En effet, l'isolement géographique, mais également social, peut occasionner moins de demande de suivi de la part des patientes et donc un risque de rupture de la continuité des soins.

Pour finir, différents comportements de santé (ou décision) sont susceptibles d'être considérés comme des vulnérabilités de base, mais qui peuvent également augmenter les vulnérabilités durant la grossesse et après l'accouchement. Dans cette catégorie peuvent être repris entre autres :

- Les maladies/antécédents (diabète, hypertension, pathologies mentales, antécédents de dépression) ou déficiences préexistantes (ex : retard mental, handicap) ;
- Les assuétudes (tabac, alcool, drogues) ;
- Un indice de masse corporelle élevé (IMC) qui peut engendrer des complications durant la grossesse, un besoin de soins supplémentaires et donc des dépenses en santé plus importantes ;
- La précocité du suivi prénatal : selon l'ONE, les suivis tardifs (après 15 semaines d'aménorrhée) représentent 13% de suivis en 2017; (43)
- La présence aux différents rendez-vous médicaux fixés ;
- La continuité du suivi : en 2014, l'AIM rapporte, qu'en Hainaut, il n'y a pas de suivi en post-partum dans 52,5% des cas par maternité (54,2% des cas où les patientes ont le statut BIM) ; (74)

¹³ Le fait d'être en couple, cohabitant ou d'être entouré ne signifie pas toujours un partage de revenus touchés ou des ressources. Ce fait est à prendre en compte au niveau de la situation économique de la femme enceinte ou ayant accouché.

- Les problématiques de maltraitance et de de violences conjugales (qui ne sont pas développées dans ce travail) ;
- L'absence de couverture de soins de santé.

En conclusion, ces données socio-démographiques mettent en évidence le risque de vulnérabilité accru des femmes vivant dans le Hainaut par rapport au reste de la Wallonie. De plus, les interactions potentielles entre différents facteurs de risque sont multiples : des ressources matérielles insuffisantes découlant du manque de revenu et du statut sans emploi aux difficultés de suivi occasionnées par un niveau d'éducation bas, une mauvaise compréhension des informations en français, une situation isolée et un manque de moyen financier.(43,72,73)

2) Les issues néonatales

Au niveau de la santé des nourrissons en post-partum, les différents éléments présentés peuvent avoir un impact notamment sur **le taux de prématurité, mais aussi sur le faible poids de naissance et le taux d'allaitement**. L'accumulation de facteurs de comorbidité (diabète, hypertension, tabagisme) est également importante à avoir à l'esprit.

En FWB, le pourcentage d'**accouchements prématurés** croît légèrement de 2008 (8,1%) à 2017 (8,5%) selon la BDMS de l'ONE.(43) La même évolution est observée dans le Hainaut où il passe de 8,4 à 8,9% pour les mêmes périodes. Des études pointent certains facteurs pouvant augmenter ce risque entre autres l'âge maternel jeune et le niveau socio-économique (faible niveau de scolarité, faible revenu, sans emploi).(43,73,77)

En 2017, le CEPIP rapporte une proportion plus élevée de **faible poids à la naissance** (<2500gr) chez les enfants nés vivants en Wallonie, 8,1%, contre 6,8% en Région bruxelloise. La proportion pour le Hainaut en 2017 est de 8,7% selon la BDMS de l'ONE.(43) Le CEPIP, l'ONE et certaines études mettent en avant les liens entre :

- faible poids de naissance et âge extrême des mères (<20 ans et >40 ans) (73) ;
- faible poids de naissance et origine ethnique (plus fréquent chez les mères d'origine belge et italienne que chez les femmes d'origine marocaine) (73) ;
- faible poids de naissance/prématurité et situation d'isolement (78);
- faible poids de naissance/prématurité et niveau d'études peu élevé (73,77) ;
- faible poids de naissance et IMC bas (43,73).

L'influence de la situation professionnelle est plutôt considérée en association avec d'autres facteurs, que de manière isolée.

Au niveau de **l'allaitement maternel**, il semblerait que, dans le Hainaut, 73,3% des enfants étaient allaités exclusivement au sein lors de leur sortie de la maternité en 2017. Ce taux ne semble pas varier depuis 10 ans selon la BDMS de l'ONE. Par contre, c'est à long terme que ce taux diminue : « En Hainaut, 44.4% des enfants étaient encore allaités à 4 semaines de vie pour atteindre 35.3% à l'âge 8 semaines et 29.0% à 12 semaines, soit moins d'un enfant sur 3. » (43)

B. Description de l'institution et de sa population

Cette recherche est réalisée au départ du CHU Tivoli. En effet, cet établissement hospitalier est intéressant à considérer dans ma problématique pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, sa situation géographique le place en Wallonie, dans la Province du Hainaut. Son activité hospitalière se concentre sur un site unique dans la commune de La Louvière et correspond au 3^{ème} site hospitalier wallon.(79) Cependant, dans un souci « d'améliorer les conditions de santé dans une région qui reste touchée par la précarité », d'améliorer l'accessibilité des soins et de développer la médecine de proximité, le CHU Tivoli s'est associé à deux autres institutions en 2016 afin de former le Pôle Hospitalier Universitaire Cœur du Hainaut (65). L'un des objectifs est de travailler en réseau sur un territoire déterminé. Le CHU Tivoli s'est également modernisé ces dernières années, notamment en effectuant toute une série de travaux de rénovation afin de répondre à la demande croissante d'activité. Cet établissement hospitalier draine donc une grande diversité de patients.

Ensuite, au niveau de l'activité périnatale, le CHU Tivoli est réputé pour son pôle mère-enfant. Cette réputation est justifiée par :

- L'obtention et le renouvellement depuis 2008 du label IHAB ;
- Le nombre d'accouchements qui est en moyenne de 1200 par an ;
- La présence en néonatalogie d'un service classé grand « N », travaillant avec la méthode « Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program » (NIDCAP) et accueillant des transferts de nouveaux-nés provenant d'autres hôpitaux wallons ;
- Le développement du suivi à domicile en post-partum soit par les sages-femmes hospitalières dans un rayon de 15 kilomètres autour de l'hôpital, soit par une sage-femme indépendante ;
- L'aménagement futur d'un service petit « n » au sein même de la maternité sera également une évolution supplémentaire(80).

Etant donné ces particularités, le pôle mère-enfant du CHU Tivoli jouit d'une grande hétérogénéité au niveau des caractéristiques de la population le fréquentant. Il est donc difficile de présenter des statistiques complètes et précises concernant cette dernière, mais certaines caractéristiques peuvent être illustrées.

La BDMS a collecté les données suivantes concernant le profil des femmes enceintes suivies par l'ONE lors des consultations hospitalières du CHU Tivoli pour l'année 2018 (N= 999) :

- Près de 9% des mères n'ont pas dépassé l'enseignement primaire (Figure 6) ;
- Un peu plus de la moitié des mères ont un emploi au moment de la naissance (56%), 12% bénéficient du chômage, tandis que 31% sont dans une situation vulnérable (étudiante, aide sociale, sans ressources, mères au foyer sans allocation sociale ou autre) ;
- 93,5% bénéficient d'une couverture en soins de santé contre un peu moins de 2% qui n'en bénéficient pas (et environ 5% d'inconnue).

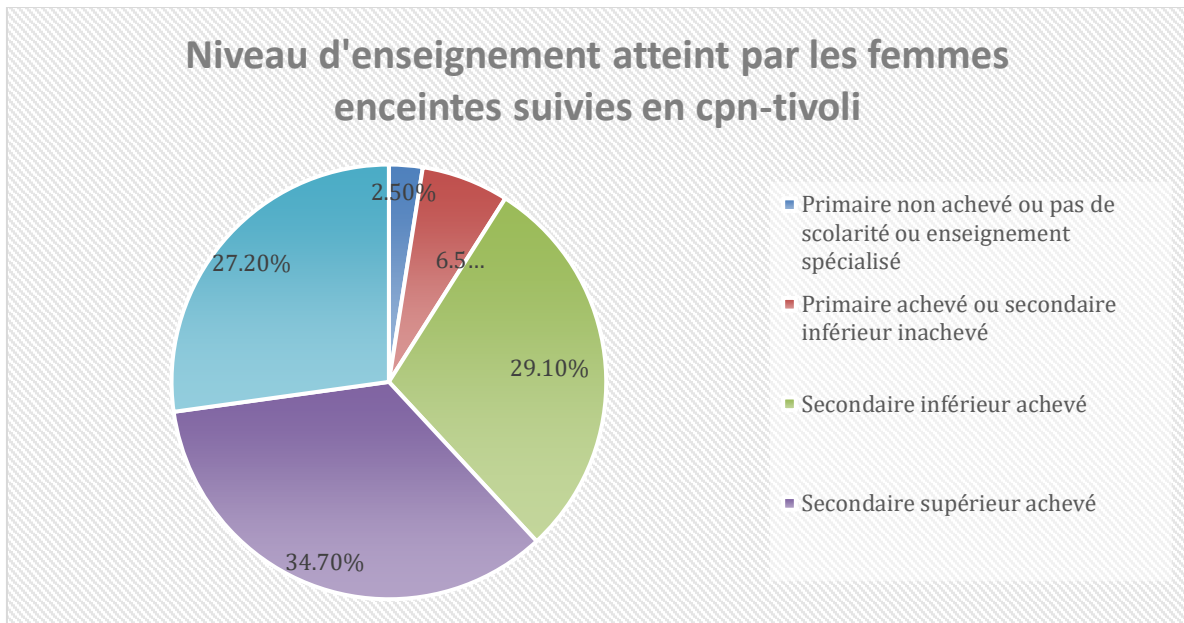


Figure 6: Niveau d'enseignement atteint par les femmes enceintes suivies en Consultations prénatales de Tivoli en 2018 (Données BDMS inconnues : 15%)

Concernant le profil des mères, la BDMS recense 1128 accouchements pour 1161 naissances en 2018 :

- Les mères avaient en moyenne 30,33 ans (minimum 15 ans, maximum 48 ans) ;
- Une moyenne de 83% des mères ont bénéficié d'un suivi ONE durant la grossesse ;
- Au niveau de la situation relationnelle, un peu moins de 5% des femmes étaient considérées comme isolées (88% en couple et 7 % sont entourées par leur famille) ;
- Une majorité de patientes étaient de nationalité belge (70,4%) (Figure 7) ;
- 2,7% des mères présentaient des difficultés à la compréhension de la langue française.

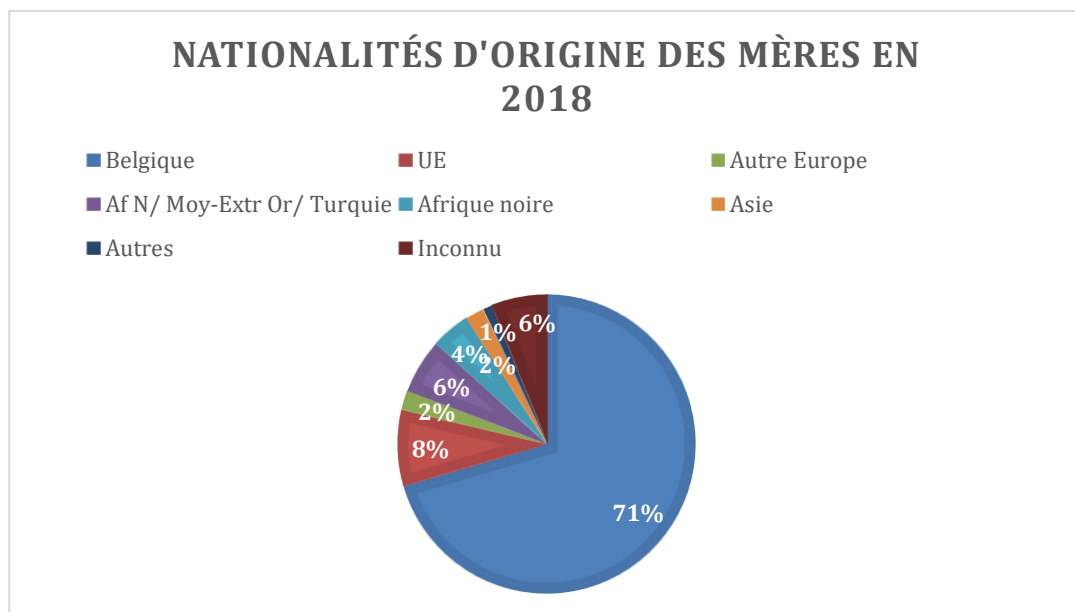


Figure 7: Nationalités d'origine des mères en 2018 (Données de la BDMS)

Concernant le profil des nourrissons nés au CHU Tivoli en 2018 :

- 15,5% sont nés avec un petit poids (<2500gr) ;
- 14,4% sont nés prématurément (< 37 semaines d'aménorrhée)
- 79,2% sont allaités exclusivement à la sortie de la maternité.

Quant au suivi choisi pour l'enfant par la famille après le retour à la maison, il est dans la majorité des cas assuré par l'ONE (Figure 8).

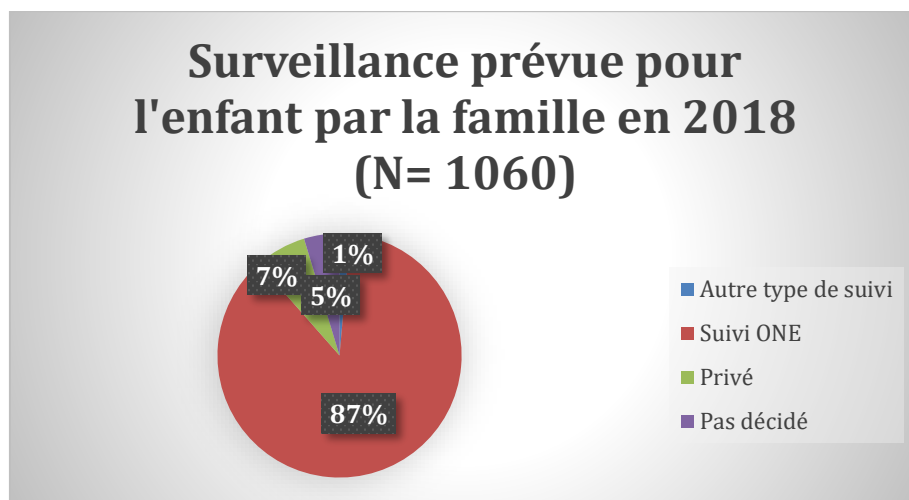


Figure 8: Surveillance prévue pour l'enfant par la famille en 2018 à la sortie de la maternité du CHU Tivoli (Données manquantes : 8,7%)

Concernant la gestion de la sortie au départ de la maternité (Figure 9), le CHU Tivoli a collecté certains statistiques. Nous pouvons constater une préférence pour le travail en réseau interne pour lequel sont comptabilisés 52% des contacts. C'est le travail en réseau externe qui comptabilise par la suite 38%, le retour à domicile 7% et la liaison spécifique à l'enfance (ONE) 2%. Ces données sont à considérer avec précaution : le travail en réseau interne est peut-être mieux comptabilisé (et encodé), car les contacts en interne sont facilités par la proximité des intervenants.

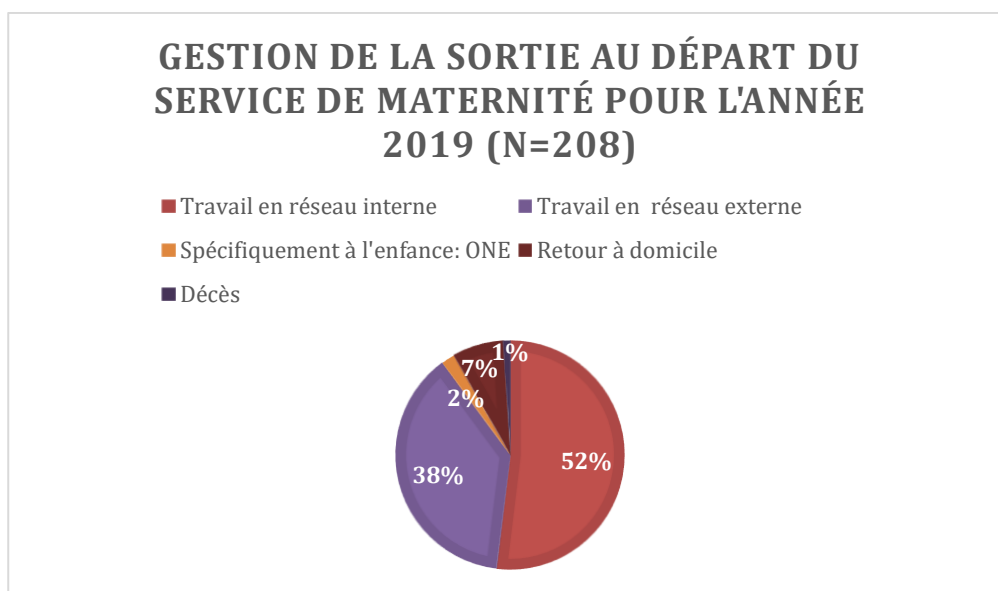


Figure 9: Gestion de la sortie au départ du service de maternité pour l'année 2019 (toute assistante sociale confondue) (Données provenant du service informatique du CHU Tivoli)

C. Description de l'organisation générale du post-partum au CHU Tivoli.

De manière générale, les patientes sont suivies par un gynécologue soit à l'hôpital, soit en consultation privée durant la grossesse. Depuis plusieurs années, les gynécologues ont commencé à travailler en partenariat avec les sages-femmes pour qu'elles effectuent également des consultations prénatales à l'hôpital.

Le parcours prénatal se caractérise par le suivi systématique de l'ONE : les PEP's prénatales voient généralement toutes les patientes passant à l'hôpital, à l'exception de celles vues en consultation privée. L'équipe des PEP's n'est pas la même en consultation prénatale et en post-partum. L'assistante sociale peut intervenir sur simple demande lorsque le côté administratif, socio-économique ou juridique de la prise en charge nécessite son expertise. La psychologue peut être interpellée si un suivi psychologique est requis. Les préparations à la naissance sont fortement conseillées par les gynécologues, les sages-femmes et les PEP's prénatales. Le CHU Tivoli vient de débiter un programme de préparation globale mené par des sages-femmes et qui aborde notamment la thématique du retour à domicile. Ponctuellement, une visite de la maternité et de la salle d'accouchement est organisée.

Lors du séjour post-partum à la maternité, la dyade mère-enfant est suivie par une sage-femme chaque jour et le nouveau-né est examiné par le pédiatre à deux reprises (au J1 et à la sortie). La PEP's postnatale passe voir la famille en chambre afin d'expliquer le fonctionnement de l'ONE et de remettre le carnet de l'enfant. Les numéros des PEP's de secteur y sont inscrits ainsi que les horaires et l'adresse des consultations nourrissons. Un gynécologue passe voir les patientes le jour de leur sortie.

Pour l'organisation du retour à domicile, l'équipe de sages-femmes de la maternité propose aux patientes n'ayant pas encore de sage-femme de référence et habitant dans un périmètre de 15 km autour de l'hôpital, une visite à domicile réalisée par une sage-femme hospitalière. Lorsque la charge de travail du service ne permet pas de proposer cette visite, des sages-femmes indépendantes sont contactées par l'équipe pour effectuer le suivi à domicile. Une fiche de liaison est complétée et remise à la mère afin de faciliter le suivi.

L'initiation d'un réseau postnatal est en cours, mais a été interrompue par la pandémie.

A cela s'ajoute une initiative, le projet d'accompagnement **Chrysalide** en lien avec l'ASBL Aide et Prévention Enfants-Parents du Centre (APEP).(81) Formé par une équipe composée de psychologues et de sages-femmes, ce projet propose, depuis 2016, un suivi personnalisé et adapté autour de la grossesse et jusqu'aux 3 ans des enfants à des familles en difficulté, et ce sur le territoire de La Louvière et du Centre. Il travaille également en collaboration avec un psychomotricien relationnel. Chrysalide fait partie des 7 services d'accompagnement périnatal subventionnés par l'ONE.(82)

D. Description de l'échantillon

Au sein de ces équipes multidisciplinaires s'occupant du suivi post-partum au départ de la maternité du CHU Tivoli, 11 intervenants ont été retenus par la méthode d'échantillonnage ciblé par choix raisonné. Un codage identifie les intervenants comme appartenant au domaine soit médical (M) soit social (S). Une des interviews s'est déroulée en présence de deux

personnes (rassemblées sous un seul identifiant S2). Les critères d'inclusion retenus concernent la diversité des professions représentées, l'accessibilité/l'opportunité des intervenants et leur expérience. Au niveau de la représentation du domaine social, les intervenants possédaient le titre d'assistante sociale, de PEP's ou faisaient partie d'une association. Au niveau de la représentation du domaine médical, les professions de Docteur en gynécologie, sage-femme et psychologue étaient représentées. Leurs caractéristiques sont résumées dans le tableau suivant (Figure 10) :

Variable	Domaine médical (M)	Domaine social (S)	Total
N	5	6	11
Moyenne des âges (min, max)	44 ans (28, 53)	40 ans (26, 53)	
Sexe	4 femmes/1 homme	6 femmes	11
Moyenne des années d'expérience (min, max)	19 années (2, 32)	16 années (4, 30)	

Figure 10 : Description de l'échantillon

Le point de vue des intervenants sur les sorties précoces et leurs conséquences a été demandé à chaque intervenant à partir d'une échelle de Likert, décrite à la Figure 11.

1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Sans opinion	D'accord	Tout à fait d'accord

Figure 11: Echelle de Likert

Les résultats sont présentés à la Figure 12. Le symbole « + » représente la somme des scores 4 et 5 et positionne les intervenants en accord avec l'affirmation, tandis que le symbole « - » représente la somme des scores 1 et 2 et positionne les intervenants en désaccord avec l'affirmation. Le score 3 n'a jamais été mentionné.

Question de l'échelle de Likert	Médical(N=5)	Social (N=6)
Les sorties précoces influencent le travail des intervenants : + -	5 0	6 0
Les sorties précoces influencent la charge de travail des intervenants : + -	5 0	2 4
Les sorties précoces influencent le risque pour les mères et les nouveaux-nés lors du retour à domicile : + -	4 1	6 0
Les sorties précoces influencent les intervenants avec lesquels ils travaillent : +	4	6

-	1	0
<i>Les sorties précoces influencent les vulnérabilités présentes chez les familles :</i>		
+	4	6
-	1	0

Figure 12 : Positionnement des intervenants de l'échantillon par rapport à l'influence des sorties précoces sur différentes variables (Échelle de Likert)

Le positionnement des participants est clairement en accord concernant le fait que les sorties précoces aient une influence sur le travail dans les deux domaines (médical et social). Les divergences sont plus visibles concernant l'impact des sorties précoces sur la charge de travail pour laquelle le domaine médical est d'accord, mais l'avis du domaine social est majoritairement opposé.

Quant à l'influence des sorties précoces sur les risques encourus pour les mères et les nouveaux-nés, les positionnements sont majoritairement d'accord dans les deux domaines, à l'exception d'un intervenant médical. On observe le même positionnement concernant l'influence sur les intervenants avec lesquels ils travaillent, ainsi que l'influence sur les vulnérabilités présentes chez les familles.

Ensuite, concernant la définition de la vulnérabilité, il est important de déterminer la vision des participants à ce sujet, car cela conditionne par la suite leur réponse. Il a donc été demandé aux participants de citer 3 mots-clés auxquels ils reliaient spontanément l'expression « vulnérabilité en post-partum ». Pour les participants, la vulnérabilité était principalement associée aux termes cités dans le tableau de la Figure 13.

Signes d'appel de vulnérabilité (N=11)	Médical (N= 5)	Social (N=6)
<i>Isolement (manque de réseau)</i>	4	6
<i>Limites intellectuelles</i>	3	4
<i>Problèmes socio-économiques (financier, logement, matériel...)</i>	5	6
<i>Immigrant (ou sans papier)</i>	3	3
<i>Age jeune</i>	2	2
<i>Vulnérabilités préexistantes (antécédents, violences, enfants placés, pathologies psychiatriques, toxicomanie ...)</i>	3	6
<i>Barrière de la langue</i>	5	3
<i>Culture</i>	1	1
<i>(Mère) Scolarisée ou sans emploi</i>	2	2

Figure 13: Signes d'appel de vulnérabilité cités lors des entretiens par les intervenants de l'échantillon

Les mots-clés reliés à la vulnérabilité en post-partum et cités par les participants qui reviennent souvent dans les deux domaines sont : l'isolement, les limites intellectuelles et les problèmes socio-économiques. Les vulnérabilités préexistantes semblent plus souvent citées par le domaine social, peut-être parce que leur vision de la prise en charge se fait sur le plus long terme. Par contre, la barrière de la langue interpelle plus le monde médical. Les autres signes tels que le statut d'immigrant, l'âge jeune et le statut scolaire ou d'emploi sont signalés de façon égale dans les deux groupes.

Pour les participants, les principaux intervenants du suivi postpartum cités sont repris dans le tableau ci-dessous (Figure 14) en distinguant les intervenants du réseau interne et externe à l'hôpital.

Principaux intervenants dans le post-partum (N=11)	Médical (N= 5)	Social (N=6)
Réseau interne professionnel		
ONE	5	6
Sage-femme	4	4
Gynécologue	4	3
Pédiatre	5	2
Assistante sociale	5	4
Psychologue	3	4
Interprète	2	1
Psychiatre	1	0
Réseau externe professionnel		
ONE	4	5
Sage-femme	2	2
Médecin traitant	4	1
SAJ/SPJ (Service de protection de la jeunesse)	3	6
Chrysalide	1	4
CERAIC (ASBL)	0	5
Psychiatre	2	1
Autres hôpitaux	1	1
Services spécifiques : maison maternelle, aides familiales, APEP, CPAS, AIMO, MIF, aide éducative, SOS enfant, centre PMS, Vierge Noire, « Inclusion », tabacologue, autre interprète, mutuelle, services de santé mentale, police...	5	6

Figure 14: Principaux intervenants cités au cours des entretiens pour la prise en charge en post-partum des familles vulnérables. (Le nombre de citations doit prendre en compte que les travailleurs de l'ONE citaient leur propre organisation comme intervenant étant donné qu'ils ne travaillent pas tous à la même période du suivi d'une famille.)

Au niveau du **réseau interne** de l'hôpital, il semblerait que chaque professionnel se cite régulièrement comme collaborateur. Les intervenants les plus cités sont l'ONE, l'assistante sociale et la sage-femme. Les relations au niveau des domaines de prise en charge étant différentes, le domaine social cite moins souvent le pédiatre et le gynécologue. Quant à l'interprète et le psychiatre, ils sont probablement moins cités, car ils n'interviennent que dans des situations spécifiques.

Au niveau du **réseau externe**, la constatation est la même concernant le recours à l'ONE qui est souvent mentionné. Le domaine médical met toutefois en avant l'appel au médecin traitant. Le domaine social, quant à lui, spécifie certains services plus que d'autres tels que : le SAJ (moins souvent le SPJ), l'association Chrysalide et le CERAIC qui intervient lors d'un besoin en lien avec des personnes d'origine étrangère. D'autres services regroupés sous la dénomination « services spécifiques » sont cités régulièrement.

E. Perspectives des intervenants sur l'organisation du post-partum à domicile

En suivant le plan d'analyse présenté à la Figure 1, les différents points sont développés.

1) Les dimensions de la collaboration

« Cette prise en charge, finalement, elle ne fait qu'un avec tous les intervenants. En fait, ils doivent collaborer les uns avec les autres. Faut que tout soit bien mis en place autour de cette famille. » (Inter 6, M2)

La thématique de la collaboration a été abordée par chaque participant. De manière générale, les personnes interviewées semblent satisfaites de la collaboration entre les différents intervenants autour du post-partum à domicile chez les familles vulnérables. Cette dimension semble répondre à un certain besoin chez les professionnels.

« Mais je n'interviens jamais seule. C'est que je n'utilise pas vraiment les grilles, mais on va plutôt travailler à plusieurs pour qu'il y ait différents points de vue (...) Et puis, je trouve que chacun, ensemble, se complète. On a chacun notre vision et donc du coup, mettre ça ensemble je trouve que le travail est plus enrichissant. » (Inter 1, S1)

Cette collaboration se caractérise notamment par un souhait prononcé de « ne pas rester seul » face à ces prises en charge. Il semble que c'est l'origine de la vulnérabilité (sociale, médicale, psychologique...) qui détermine le besoin d'intégrer une approche multidisciplinaire dans celles-ci et la mise en place de la collaboration.

a) La continuité

Bien au-delà de la nécessité de ne pas rester seul, les participants expriment le besoin de concertation et réclame la communication interprofessionnelle. L'échange des points de vue sur les prises en charge et les possibilités d'organisation face à celles-ci semble très important et pourtant insuffisamment présent. Le souhait de rencontre et de réunion afin de concrétiser ces échanges est incontestable. Ces réunions se déroulent essentiellement entre certains intervenants (les PEP's de l'ONE, l'assistante sociale et la psychologue). Des difficultés dans la gestion du temps ne permettent pas toujours à tout le monde d'y participer.

« On a les réunions 2 fois par mois et on se téléphone dès qu'il y a une information, dès qu'il y a quelque chose. » (Inter 1, S1)

Ce souhait est en lien avec la dimension de continuité, dans laquelle plusieurs perspectives semblent émerger telles que la continuité informationnelle et la continuité du suivi en lui-même. Les participants sont conscients de privilégier la communication informelle parce que le contact leur permet cet échange de points de vue et l'enrichissement par les conseils et

les avis des autres. Même si une préférence est marquée pour les rencontres en face-à-face, cela ne les empêche pas, par facilité et par rapidité, d'utiliser principalement le téléphone comme moyen de communication. Cependant, la peur de perdre des informations et de devoir se répéter est présente. Certains participants énoncent d'ailleurs le fait de sélectionner les informations qu'ils donnent lors de la transmission, ils ne transmettent que celles qu'ils considèrent nécessaires au suivi. Ils font le lien avec le secret professionnel et ne se sentent pas en droit de communiquer tout ce qui leur a été dévoilé en toute confiance par les familles.

De plus, les professionnels se perdent littéralement dans les données transmises et leur multiple support. La continuité informationnelle, bien qu'imparfaite au niveau du réseau intra-hospitalier, semble se compliquer davantage dès que les familles quittent l'hôpital et surtout entre certains intervenants, notamment les PEP's et les sages-femmes.

Lorsqu'un écrit est réalisé au sujet de la prise en charge, il n'est pas toujours officiel et, lorsque c'est le cas, il est le plus souvent conservé au sein des dossiers attitrés des professionnels. Les autres participants n'y ont soit pas accès, soit les consultent rarement. Un « chemin de naissance » est réalisé par l'ONE, mais dès la sortie de l'hôpital, ce « chemin » s'arrête et n'est pas transmis à l'extérieur. Quant au système informatisé, les participants sont conscients que sa mise en pratique est complexe : plusieurs déplorent déjà de ne pas avoir assez de temps pour remplir le carnet de l'enfant ou de la mère ou leur propre dossier. L'utilisation d'un dossier informatisé commun les réjouit quant à la perspective d'avoir plus facilement accès aux informations, mais avec l'incertitude concernant sa correcte utilisation par les professionnels plus âgés, ainsi que son accessibilité à chaque fois que les familles auront besoin de soins (ex : déménagement et changement de site hospitalier).

« Pas toute seule ! Ça a été réfléchi, étudié, mis en page, relu, prévenu par la famille, on travaille en transparence, tout le monde le sait, il n'y a pas de surprises. Ni pour l'un, ni pour l'autre. Ni pour nous en tant que service, ni pour la maman, elle ne va pas être sous l'effet de la surprise. » (Inter9, S5)

La notion de transparence est apparue. Au départ, elle était surtout relative à la posture à adopter vis-à-vis de la famille quant à la prise en charge instaurée. Cependant, il apparaît également que pour accéder à la collaboration entre professionnels permettant une intervention de qualité, ces derniers doivent exprimer très clairement leurs préoccupations. Ceci est demandé en retour lors des contacts téléphoniques de « contrôle » réalisés par les participants pour vérifier la continuité de la prise en charge. Cette transparence au niveau des transmissions ne semble pas toujours optimale : certains professionnels voient arriver des familles qui leur ont été référées, mais sans aucune information transmise et même sans avoir été prévenu.

« Ce qui me gêne, moi, parfois, c'est que j'ai l'impression, dans certains cas, une fois que je fais appel à d'autres services, on est un peu oublié et on n'est pas tenu au courant de la suite et c'est donc parfois difficile, parce que les familles, on continue à les suivre, mais on n'a pas de retour et c'est parfois compliqué de suivre le fil jusqu'au bout et on regrette un peu qu'il n'y ait pas de rencontre régulière avec tous les intervenants. » (Inter4, S4)

Les feed-back sont désirés par chacun des participants, mais ils semblent très souvent oubliés lorsque les professionnels ont passé le relais (même s'ils interviennent encore). Ces feed-back sont décrits comme très importants à leurs yeux. Pourtant, les participants décrivent comme rares les situations où ils se réalisent. Quant aux expériences relatées où les retours étaient fréquents de la part des deux parties, les participants exprimaient toute la satisfaction qu'ils en tiraient au niveau de la collaboration. Il s'agit toutefois, le plus souvent, d'échanges entre deux professionnels distincts et deux professions distinctes (ex : gynécologue et psychologue). Le besoin de réunion abordé plus haut rejoint surtout un besoin de mise en commun de plusieurs perspectives, toutes professions confondues, afin de prendre en compte la globalité de la dyade mère-enfant.

b) La coordination

« Et donc lorsqu'elles rentrent à la maison, c'est tout un travail de coordination aussi avec les services qui seront présents autour, donc avec l'ONE, s'il y a une sage-femme de l'hôpital qui passe, c'est aussi un travail de coordination puisque, dans notre équipe, on a une sage-femme aussi et donc qui fait quoi et de définir la part de chacun. » (Inter2 S2)

Le besoin de coordination est en lien avec le travail multidisciplinaire. La coordination permet d'organiser les divers professionnels autour des familles lors du retour à domicile.

« Justement aussi une coordination. Absolument ! Parce que d'accord, il y a des relations... une communication entre les différents intervenants, mais qui va coordonner tout ça ? Il n'y a personne ! Finalement. » (Inter6, M2)

« Le plus simple en gros, si tu dois réunir de multiples acteurs au niveau médical pour le même sujet, faut qu'il y ait quelqu'un qui prend « en charge », je dis pas que ça doit être d'office le médecin ou le gynécologue, ça doit être la personne qui sait s'en occuper le plus, qui connaît le plus profondément la patiente, c'est elle qui va vraiment mettre en route toute la prise en charge. » (Inter 8, M4)

Selon les expériences, cette coordination nécessite une personne de référence, non seulement pour les mamans, mais aussi pour les professionnels. Aucun des participants ne désigne une personne en particulier au niveau professionnel, mais le SAJ est cité comme un bon exemple. Il n'intervient toutefois que dans des situations particulières, il ne peut donc être considéré comme un organe de coordination générale.

Toute cette dimension de coordination est dictée par la nécessité de passer le relais ou de déléguer aux professionnels afin de rendre complémentaire leur prise en charge et d'éviter les chevauchements de services. L'approche multidisciplinaire induit la possible intervention d'une multitude d'intervenants. Ce fait est cité comme un atout et une faiblesse : un atout par la possibilité qu'il offre au niveau des ressources humaines à mettre en place autour des familles ; et une faiblesse, car trop d'intervenants risque de faire perdre leurs repères aux familles et exige une collaboration (sous-entendant une autonomie à partager dans les soins).

Quant au besoin d'une personne de référence, il y a un risque que le suivi s'arrête en son absence et le relais devient compliqué. Le paradoxe est parfois visible et ressenti par les participants : le désir de ne pas être seul et d'une approche multidisciplinaire est contrebalancé par la réalité du terrain où ils deviennent la personne de référence des familles et où l'introduction d'un autre professionnel fait peur ou n'est pas nécessaire.

c) Le réseau

« Dans la famille-là, d'abord, on essaie de voir qu'est-ce qui existe déjà autour de la maman. Moi, je ne vais pas intervenir parfois, mettre des trucs... parce que le réseau est déjà mis en place. Il suffit qu'on se voie ensemble et dire : « Toi, tu fais ça, moi, je fais ça ! » et « Qu'est-ce qu'on pourrait mettre ensemble ? ». » (Inter 9, S5)

Découlant de l'implication de nombreux professionnels, la notion de contenance avec le mot « autour » des familles revient régulièrement. Elle fait référence à la thématique du réseau. Ce réseau répond au sentiment « de ne pas être seul ». De prime abord, les professionnels se reposent sur le réseau présent autour des familles constitué par l'entourage et les professionnels déjà connus. Le but de la majorité des participants est de mobiliser ce réseau afin qu'il fonctionne efficacement, voire de l'étendre par nécessité. Les PEP's de l'ONE parlent de le construire autour des familles dès la période prénatale.

Pour les participants, une différence dans le recours au réseau intra- ou extrahospitalier est observée : lorsqu'ils travaillent à l'hôpital, c'est le réseau interne qui est privilégié et, lorsqu'ils passent au domicile, c'est le réseau externe, sauf situation particulière. La mobilisation de ces professionnels dépendra de deux mots-clés : « se connaître ».

« Pour travailler en collaboration avec les professionnels, il faut se faire connaître. Si tu ne les rencontres pas, et que tu n'essaies pas de temps en temps de les rencontrer, mais pas tout faire par téléphone, parfois il faut se déplacer, aller jusque sur place, les voir, faire une visite à domicile ensemble ; et bien, on te connaît, on met un nom sur la personne, mais si on ne te voit jamais, tu n'appelles jamais, il n'y a pas de travail en réseau. En fait, pour travailler en réseau, il faut qu'il y ait des rencontres entre professionnels. Il faut qu'il y ait des lieux, il faut qu'il y ait des échanges. S'il n'y a pas d'échanges, il n'y a pas de réseau. » (Inter 9, S5)

Le fait que les professionnels se connaissent va déterminer l'efficacité de la coordination et de la continuité de ce réseau. Les professionnels mobilisent leurs « connaissances /contacts » pour instaurer une prise en charge et ils découvrent parfois grâce aux échanges comment étendre leur réseau. La collaboration fonctionne mieux et est facilitée quand les multiples participants se connaissent, connaissent le réseau et savent comment les professionnels fonctionnent.

Un réseau périnatal est en train d'être initié au CHU Tivoli. Il est peu perceptible par de nombreux professionnels pour l'instant, mais de nombreux espoirs sont placés dans sa mise en pratique. Malheureusement, il n'est pas destiné à prendre en charge les populations

vulnérables, car cela demanderait de les responsabiliser concernant la prise des rendez-vous du suivi. Ce dernier élément sera abordé au cours de la partie suivante.

2) Les différentes postures

La collaboration est influencée par différentes postures adoptées par les professionnels, lesquelles guident alors leur prise en charge.

a) La crainte

« Les risques, les risques c'est ça qui insécurise le plus les professionnels, le fait qu'ils ne contrôlent pas tout. Que derrière une porte, on ne sait pas ce qui se passe, on ne comprend pas tout et qu'il faut lâcher prise et que c'est ça qui est compliqué pour certains. » (Inter 2, S2)

Tout d'abord, c'est la crainte qui est ressentie par les professionnels lors de ces prises en charge concernant les risques ou dangers liés au bien-être et à la sécurité, le plus souvent de l'enfant. Cette crainte des risques insécurise les professionnels et les pousse à instaurer un suivi spécifique afin d'éviter de perdre les gens de vue et d'assurer la protection des enfants ; et dans certaines circonstances, la crainte les pousse à établir une sorte de contrôle.

Le regard d'un autre professionnel est rassurant lorsque le moment de passer le relais approche ou quand la collaboration avec la famille est compliquée. Plusieurs expriment que, du moment que la famille est suivie par quelqu'un, quel que soit le professionnel, c'est le seul élément qui importe.

Toutefois, certains expriment aussi leur désarroi quand d'autres intervenants qui ressentent cette crainte agissent dans l'urgence et font surgir un sentiment de violence dans la prise en charge. Ces intervenants concernent parfois des services tout à fait étrangers au domaine de la santé (ex : la police).

Cette crainte ne semble pas être ressentie que chez les professionnels. Ces derniers expriment que les familles se montrent réticentes et méfiantes vis-à-vis de leurs interventions. Ce qui inquiète d'autant plus les participants, puisque les familles peuvent refuser leur passage et le suivi. C'est leur manière de contrôler la situation en retour.

« Parfois, mais là, on le sent très vite, elles refusent. Je vais proposer de venir à l'espace par exemple, elle va me dire oui et ne vient pas une fois, deux fois, là, je sens qu'il y a un truc. Elle annule une première visite, une deuxième et je sens que quelque chose ne se développe pas et j'ai beaucoup plus de mal, personnellement, à travailler quand je sens qu'il y a une résistance. » (Inter 4, S4)

L'ambivalence sur l'imposition ou non d'un suivi particulier à ces familles vulnérables est très présente. Les professionnels savent qu'ils ne sont pas là pour imposer un suivi et pourtant, dans certaines situations, ils aimeraient pouvoir le faire. Les travailleurs de l'ONE insistent sur le fait qu'ils ne sont pas obligatoires et que c'est là, à la fois, une force et une faiblesse : une

force, car cela ne contraint pas les familles et est mieux accepté ; et une faiblesse, car cela entrave leur désir d'agir et d'accéder à chaque famille.

b) L'ouverture

« Le plus important dans les situations qu'on prend en charge nous, c'est la manière dont l'intervenant qui l'a avant nous, nous fait entrer dans la famille. Ça marche quand il y a déjà tout un travail qui a été fait au préalable et que quand la famille nous reçoit, elle est (...), elle est pleinement actrice de sa demande dans une demande d'aide. » (Inter2, S2)

« Oui, la dimension domicile, en fait c'est eux qui contrôlent : c'est eux qui contrôlent s'ils ouvrent la porte. » (Inter2, S2)

La symbolique de l'ouverture d'une porte (ou de sa fermeture) est utilisée par une majorité de participants. Elle est en lien avec la dimension spécifique des visites à domicile et de l'entrée dans cet espace intime et privé. Cette posture renvoie à l'importance de l'introduction au sein de la famille. Plusieurs professionnels se rendent compte que la manière dont ils sont présentés à la famille et le contexte de leur introduction va déterminer la collaboration avec la famille et les autres professionnels. La rencontre peut être une porte d'entrée vers la construction d'un lien et d'une relation de confiance, tandis que la porte close représente le refus de la famille à poursuivre le suivi.

Le fait de se retrouver devant une porte fermée réduit leur accès à ces familles. Cela représente une sorte de contrôle qu'elles peuvent exercer en retour sur les professionnels, eux-mêmes ambivalents quant à la surveillance qu'ils souhaitent mettre en place autour des familles. En réaction, les professionnels laissent leur « propre porte » ouverte lorsque les familles seront prêtes à venir vers elles. C'est une illustration du respect du rythme des familles, qui peut paraître lent aux professionnels. Cela favorise aussi l'implication des familles lorsque la demande vient d'elles.

« Non, parce qu'on leur a laissé une porte ouverte à la demoiselle pour nous recontacter si elle le fait. Après comme le dit quelqu'un que je connais bien, on ne peut pas s'occuper de tout le monde. » (Inter5, M1)

« Parce que je pense que déjà ça dépend si c'est la famille qui a émis la demande ou pas. Quand c'est la famille qui fait appel à nous etc., c'est déjà beaucoup plus facile de travailler avec eux parce qu'il y a une porte d'entrée, on a plus facile à créer du lien avec eux et ils émettent une demande qui est la leur etc. » (Inter 10, M5)

Il est déploré par des participants que les dyades vulnérables ne soient pas très demandeuses justement face aux services proposés et à un suivi. Il leur est compliqué de répondre à des besoins qui ne sont pas exprimés, d'autant plus lorsqu'ils doivent solliciter l'accord des familles pour mettre quelque chose en place. De plus, les demandes ne proviennent

pas que des familles, mais également des professionnels qui interpellent souvent leurs collègues dans une demande d'aide pour le suivi.

« Est-ce que ce sont des gens qui ne vont jamais commencer un suivi ? Non, pas du tout. Mais tu vois qu'en général c'est quelque chose qu'on sait, que dans la population socio-économique un peu moins développée, qu'il y a plus de soucis de santé. Ça, c'est quelque chose qu'on sait. Il faut anticiper sur ce fait-là. » (Inter 8, M4)

Cette posture d'ouverture pour la prise en charge est influencée par les a priori et la stigmatisation qui découlent de la représentation de la vulnérabilité, mais également de celles des professionnels entre eux et auprès de la population. Quand ils se retrouvent face à des familles considérées comme vulnérables, ils ne peuvent qu'agir en réponse à leur crainte : la posture adoptée est alors plus contraignante. Des expériences précédentes mal vécues par les familles peuvent nourrir une représentation négative de certains intervenants notamment les PEP's de l'ONE, l'assistante sociale ou encore la psychologue. Les représentations des professionnels concernant l'ONE sont assez révélatrices : il est décrit comme pouvant « s'immiscer » au sein de la vie des familles.

Ensuite, les professionnels sont d'office influencés par ce qui est transmis au sujet de ces familles et cela impacte leur propre prise en charge.

« Je viens de te le dire avec la dame du SAJ. Là, j'ai trouvé qu'une étiquette avait été très vite collée : SAJ - débile mentale. Or, si on creusait un peu et on travaillait avec cette maman, ce n'était pas du tout le cas. Et j'ai trouvé ça dommage parce que je me suis dit : à partir du moment où elle arrive avec une étiquette à la maternité : « Attention, gros dossier ONE - SAJ - Débile mentale », tout le monde l'a cru et personne n'a été creuser un peu plus loin » (Inter 5, M1)

Provenant de leurs représentations, les professionnels portent un certain regard sur les compétences parentales et générales de ces familles : les compétences de prendre des rendez-vous, d'effectuer des démarches pour le suivi, de prendre contact avec un intervenant ou encore seulement de comprendre les informations données pour que les familles puissent effectuer leur propre demande, en autonomie. Cette autonomie représente l'un des nœuds de la complexité de la prise en charge des plus vulnérables et l'un de ses points faibles. Cela pousse les participants à soit effectuer toutes les démarches eux-mêmes (ce qui prend du temps), soit à tenter de responsabiliser les familles en leur laissant effectuer les démarches. Le dilemme quant à ce choix implique la possibilité d'une rupture totale du suivi, d'un délai quant à sa mise en place (le temps que les parents s'organisent) ou encore de professionnels appelés dans l'urgence.

La continuité du suivi lors du retour à domicile est donc dépendante de la confiance que les professionnels accordent aux familles, au choix des familles d'accepter ou de refuser le suivi et des compétences parentales quant aux démarches à effectuer en un laps de temps réduit.

c) Le ressenti

« Ce n'est que du travail relationnel, je dirais, franchement c'est que ça ! Il n'y a rien au niveau des techniques..., c'est du travail relationnel. Mais il faut que nous, en tant qu'intervenants, on soit spontané, à l'écoute de nous-mêmes et dans la bienveillance et la chaleur humaine, le ressenti. Totalement en contact avec notre propre émotionnel. » (Inter 2, S2)

La prise en charge de ces familles vulnérables procure aux professionnels des sentiments variés allant de la colère à l'attachement en passant par le sentiment d'être démuné. L'un des participants déclare ne pas apprécier quand les familles se montrent « manipulatrices ». Tous ces sentiments sont autant induits par les familles en elles-mêmes que par la réaction des autres professionnels. Pour pouvoir s'organiser pour leur prise en charge, certains participants insistent sur la posture de bienveillance, de sécurité et de patience qu'il faut adopter afin de renforcer les gens dans leurs compétences, et non d'instaurer un climat de stress et de méfiance qui viendrait compliquer la collaboration.

L'instauration de ce lien, de cette interaction prend malheureusement du temps et beaucoup d'énergie ce qui induit de la fatigue, mais aussi de la satisfaction chez les professionnels lorsqu'ils constatent des résultats encourageants chez les familles.

« Des bâtons dans les roues, c'est quand on nous envoie aussi un peu justement comme un pompier sur des situations où on n'a aucune information et on ne sait pas très bien où on met les pieds et on est vraiment démuné du coup dans ces cas-là, car ça n'a pas été construit avant qu'on aille à la rencontre des personnes et ça, c'est compliqué. Oui, comme je dis c'est un peu pompier, on est un peu kamikaze et du coup, c'est pas très productif à ce moment-là. » (Inter 10, M5)

Le ressenti exprimé dans ce passage permet de prendre conscience de la naissance de tensions émergeant au sein de cette collaboration.

Il faut retenir que les postures professionnelles d'ouverture et de bienveillance sont prônées face aux familles vulnérables, mais aussi entre intervenants. Elles déterminent l'efficacité de la collaboration interprofessionnelle. Elles sont notamment primordiales lorsque les professionnels souhaitent introduire un nouvel intervenant dans la prise en charge. L'adoption de ces postures sont dépendantes du ressenti émotionnel, notamment les craintes, et il les influence en retour pour la continuité du suivi. L'attention est alors portée aux tensions qui émergent et à leurs impacts sur la collaboration.

3) Les tensions émergentes

Les dimensions de la collaboration et des postures spécifiques prises par les professionnels pour le suivi postpartum des dyades vulnérables mettent en évidence des tensions dans la prise en charge à domicile.

a) Des tensions entre la dimension « ciblée » et la dimension « globalité »

Tout d'abord, il faut considérer le membre de la dyade qui est visé par ces prises en charge : les priorités posées en dépendent et ne sont clairement pas les mêmes pour tous les participants.

➤ La dyade mère-enfant

« Faut se rappeler que le centre de notre travail, c'est l'enfant et c'est vrai que parfois, ce n'est pas évident d'accepter l'idée qu'une maman puisse avoir des écarts, enfin (...) prendre des risques. » (Inter 3, S3)

Les craintes des professionnels concernent la plupart du temps la sécurité et le bien-être de l'enfant dans les familles vulnérables. Par conséquent, ce sont les actions de la mère ou des parents en général qui suscitent la peur. La globalité de la famille est prise en charge différemment suivant la spécialité du professionnel. La dimension médicale du suivi semble plus facilement ciblée que la dimension sociale, ce qui découle du fait que les professionnels médicaux savent plus clairement quel service/soin mettre en place quand cela touche la sphère technique de la santé.

Pour pouvoir agir sur l'enfant, les professionnels ne peuvent passer que par une action auprès des parents. Ils sont donc plus assidus sur le respect des parents quant au suivi de l'enfant, la présence aux rendez-vous, la surveillance de prise de poids... Tandis que pour mettre en place des services concernant les parents et leurs vulnérabilités, le champ d'action semble plus vaste et implique plus de professionnels différents : impliquer l'entourage, passer par l'école, contacter le CPAS ou la mutuelle...

La frontière est parfois difficile à cerner entre les données à rapporter au dossier de la mère ou au dossier du nourrisson. Les professionnels sont conscients que le suivi est différent selon le membre de la dyade auquel se rapporte l'impact et la nature des signes de vulnérabilité.

➤ La standardisation/ personnalisation

« Avec un trajet de soins ! (...) En fait, il est déjà tout à fait différent d'une patiente vulnérable à une patiente, on va dire normale, parce que, pour les patientes normales, le paradigme est de rendre la patiente partenaire de ses soins. Il faut donc la rendre autonome aussi. Donc, l'itinéraire de soins pour ces patientes serait déjà... c'est juste une trame, et à elles, de bien prendre les rendez-vous en suivant cette trame. Que les patientes vulnérables, moi, qui fais beaucoup de suivis de grossesse de patientes vulnérables, elles ont besoin justement d'être entourées et ce n'est pas à elles de prendre les rendez-vous. Je pense que c'est à la sage-femme à prendre les rendez-vous pour elles, pour être sûr justement que le rendez-vous est pris, qu'elle ira. Une patiente vulnérable ne prendra pas d'elle-même un rendez-vous. » (Inter 6, M2)

Ce passage renvoie à la posture d'ouverture et est à mettre en lien avec la représentation des compétences et de l'autonomie des familles vulnérables. La question de leur

responsabilisation ou non concernant les démarches à effectuer est bien présente dans l'esprit des professionnels. D'une part, leur laisser effectuer les démarches est vu comme les responsabiliser et les impliquer dans leur suivi, la demande provenant d'eux, la collaboration avec les professionnels en est facilitée. D'autre part, elles sont considérées comme « incapables » de les effectuer, faute de motivation ou de volonté, faute de connaissances et de capacités ou encore faute de confiance accordée aux professionnels. Certains participants regrettent cette représentation des dyades vulnérables qui complique leur travail et le lien établi avec elles.

Ensuite, le souhait de prendre en charge les familles dans leur globalité amène à l'opposition entre le désir de standardisation et de personnalisation exprimé par les participants dans l'organisation du suivi.

« Il existe tellement de choses. Il y a tellement de choses qui existent, mais que les gens ne connaissent pas, tous les services possibles, même nous en tant que professionnels, on ne sait pas toujours ce qui est possible. Peut-être un référentiel ou un endroit où on pourrait trouver toutes ces infos de manière facile. C'est le souci aussi, les familles vulnérables n'ont pas toujours accès à l'information. C'est triste à dire, mais il y en a encore qui n'ont pas accès, qui ne savent pas lire. Essayer de trouver un moyen d'avoir un point d'accès à tous ces services, centraliser tous les services » (Inter 4, S4)

Le besoin et la demande d'itinéraires de soins, mais également d'une centralisation contrastent avec le fait que les professionnels proclament la nécessité d'une personnalisation du suivi. Cette personnalisation du suivi varie selon le type de vulnérabilité et détermine quels intervenants prendront part à la prise en charge multidisciplinaire. Quant à la centralisation, elle concerne autant la liste des contacts regroupant les autres professionnels/services existants, mais également celle des informations et du dossier de la mère et du nouveau-né. Elle est mise en lien avec la standardisation, car elle permettrait aux professionnels d'être guidé dans le trajet de soins et de savoir qui contacter et à quel moment, tout en ayant un dossier standardisé. Les participants savent que des services existent, mais ils ne les connaissent pas et ont donc des difficultés à y avoir recours.

➤ Frontière hôpital/secteur

« Moi, une fois qu'elles ont quitté l'hôpital, moi, mon rôle s'arrête d'office. Parfois, j'ai des retours, mais justement par les PEP's nourrissons... Donc parfois, je peux entendre un peu comment cela a évolué, mais une fois qu'elles ont quitté la maternité, moi au niveau de mon rôle à moi, ça s'arrête. » (Inter 1, S1)

« C'est-à-dire que, nous avons le secteur de La Louvière et l'entité. Ca, on peut aller dans toute l'entité, mais au-delà, on ne peut pas aller. C'est, selon moi, une absurdité dans le système, mais voilà. » (Inter 3, S3)

La dimension géographique joue un rôle non négligeable dans l'organisation du suivi. Elle est représentée d'une part par la frontière établie entre l'hôpital et l'extérieur et d'autre

part, par la territorialisation sur laquelle est bâtie le fonctionnement de l'ONE. En effet, plusieurs participants expriment le fait qu'une fois sortie de l'hôpital ou de leur secteur, la dyade mère-enfant vulnérable n'est plus accessible et que leur rôle de professionnel s'arrête. Or, les déménagements au niveau de ces populations peuvent être fréquents (ex : logement insalubre), tout comme la « délocalisation » des PEP's vers un autre secteur. Alors qu'elles ont tissé un lien de confiance avec ces populations, elles se voient obligées de laisser le suivi à leur collègue et de changer de secteur pour recommencer. Une incertitude quant à leur localisation dans les années à venir est ressentie.

➤ *Dimension temporelle*

Le timing d'intervention des différents intervenants ne semble pas toujours très clair aux yeux des professionnels. Leur fenêtre respective d'action est influencée non seulement par la notion subjective d'urgence à intervenir dans la famille vulnérable, mais aussi par la vision à court et à long terme de la prise en charge selon leur profession.

« Et je parle là bien sûr des complications médicales et, aussi, des troubles socio-économiques. Mais tous les deux sont des choses que tu as 9 mois de temps pour les identifier pendant la grossesse. Ce sont des choses qui ont quand même, je pense dans 90% des cas, tu sais anticiper et tout prévoir. » (Inter8, M4)

« On n'a pas beaucoup de temps sur une durée de grossesse, donc c'est difficile d'activer quelque chose au départ. » (Inter 2, S2)

La divergence sur la gestion du temps est donc visible. D'ailleurs, la question du temps revient sans cesse : les professionnels n'ont pas le temps, ne prennent pas le temps ou doivent laisser du temps aux familles. Les suivis de familles vulnérables semblent extrêmement chronophages, que ce soit au niveau des prises en charge elles-mêmes ou des contacts entre les professionnels. Les participants déclarent passer beaucoup de temps à contacter leurs collègues pour passer le relais. Par contre, lorsqu'il s'agit des feed-back, il semblerait qu'ils ne prennent pas suffisamment de temps pour les faire.

D'un point de vue médical, « 9 mois » sont vus comme la possibilité d'anticiper et de prévoir le suivi en post-partum. D'un point de vue social, le lien de confiance et la relation à établir demandent bien plus de temps. A ces éléments, vient s'ajouter le contexte de retour précoce qui nécessite alors une gestion plus rapide du suivi.

« Donc, ça aussi, ça vient accumuler notre charge de travail parce qu'on passe parfois notre temps à courir après les personnes et on n'a pas le temps de pouvoir construire quelque chose avec elles parce qu'on est dans un hôpital et le fait que ce soit sur deux jours, je pense que tous les intervenants doivent passer sur deux jours et nous aussi. Et à ce moment-là, ça devient ..., on se marche un peu sur les pieds parce qu'on veut tous aller en même temps et on n'a pas le temps de mettre quelque chose en place. On n'a pas l'opportunité de le faire. » (Inter 10, M5)

Le secteur subit de plus des évolutions constantes qui ne laissent pas forcément le temps aux professionnels de s'organiser pour y faire face. C'est également pour cette raison que les professionnels souhaitent des rencontres et des réunions afin d'apprendre à mieux se connaître et à mieux connaître le travail de chacun. C'est l'un des buts du réseau périnatal qui envisage de tracer pour les femmes sans vulnérabilité une trame pour le suivi, afin qu'à leur arrivée en maternité, tout soit déjà mis en place pour le retour à domicile. Bien que ce soit un fait considéré comme indispensable par tous les participants, cette anticipation s'avère déjà compliquée à mettre en place en temps normal et à fortiori lorsqu'il s'agira de dyades vulnérables.

b) Des tensions entre l'approche « risques » et l'approche « accompagnement »

Une autre tension est celle qui existe entre l'approche basée sur les risques et l'approche basée sur l'accompagnement.

Globalement, l'approche utilisée face à des dyades vulnérables se résume en un seul mot : orientation.

➤ Expérience/ Orientation

« Pour le reste, c'est beaucoup de l'orientation vers les services adéquats. Quand il s'agit d'une vulnérabilité plutôt psychologique, il est évident que je ne suis pas formée à ça, donc très vite, je les oriente vers un service de santé mentale pour recevoir une aide psychologique ou d'autres services. C'est de l'orientation ! » (Inter 4, S4)

Les professionnels dirigent, informent, proposent, guident, réfèrent lorsqu'ils comprennent qu'ils ne sont plus sur leur terrain d'expertise. Toute la situation change à partir du moment où l'enfant naît et les priorités des intervenants également.

« Voilà, alors que, moi, je vois que c'est vraiment nécessaire. A ce moment-là, moi, je fais un courrier, je fais le signalement. Là, le délégué, il va se rendre compte que la maman a vraiment besoin d'être aidée et là, peut-être, que lui va rentrer dans le plat et dire les choses telles qu'elles sont et que là, elle est dans l'obligation de faire..., là, elle rentre dans : « Vous êtes obligée, Madame ! ». Le SAJ, ça devient l'aide à la jeunesse et donc, on est dans la contrainte. Mais on reste toujours dans l'aide, c'est contraindre, mais on est dans l'aide. » (Inter 9, S5)

L'ambivalence entre l'accompagnement et l'imposition face à des dangers possibles reste perceptible. Les professionnels n'ont pas d'autre choix que de se baser sur leur expérience et celle de leurs collaborateurs lors des échanges. Certains services ont d'ailleurs une certaine réputation en la matière tels que le SAJ ou encore Chrysalide. Ils fonctionnent en se basant essentiellement sur leur réseau interne, mais intègrent en fonction des situations des intervenants externes qu'ils connaissent bien. Dans l'idéal, ces rencontres sont anticipées afin de préparer durant la période prénatale ce qui sera mis en place autour des familles.

« C'est vrai que c'est beaucoup plus facile pour moi d'intervenir en maternité dans des situations vulnérables quand elles sont déjà connues. Ca c'est vraiment... pour moi c'est l'élément clé. Si c'est des situations qui ont été connues et qu'on a, en tout cas, essayé d'anticiper et de préparer » (Inter 1, S1)

L'anticipation et la préparation sont reconnues comme la clé pour faire face aux séjours raccourcis. Or, les femmes enceintes vulnérables peuvent être suivies tardivement ce qui ajoute un obstacle supplémentaire à l'anticipation de la prise en charge. De plus, les signes de vulnérabilité n'étant pas toujours décelables d'emblée, il faut du temps aux professionnels pour tisser un lien de confiance et que les familles puissent parler de leur situation.

C'est alors qu'intervient une autre thématique très importante concernant l'organisation autour des dyades vulnérables : le repérage.

➤ **Repérage**

« J'avoue, ça, c'est quelque chose quand tu commences au début, tu es tellement concentré sur le côté médical, que c'est encore nouveau, que tu ne le sens pas trop. C'est dès que tu te sens vraiment à l'aise dans tout ça, que ça va devenir plus facile. Je compare avec conduire la voiture : tu as « conduire » la voiture en soi, changer les vitesses, tourner le volant, mais c'est conduire dans le trafic que tu dois apprendre, conduire une voiture, c'est pas difficile. » (Inter 8, M4)

Le repérage fait partie intégrante des étapes de la prise en charge des familles vulnérables. Pour qu'il soit efficace, il doit prendre place en période prénatale afin de permettre l'anticipation et prendre en compte la globalité des personnes. Il est essentiellement dirigé vers les populations vulnérables, puisqu'il est guidé par la crainte de risque. La manière dont les professionnels l'exécutent est propre à chaque intervenant, basée sur leur expérience et leur instinct /feeling. Ils « ressentent » techniquement la nécessité d'intervenir lorsqu'ils voient ou sentent une vulnérabilité. Ils éprouvent parfois des difficultés à la repérer. Certains parlent d'outils, mais ceux-ci sont peu développés et ils les utilisent très rarement parce qu'ils préfèrent se baser sur leur ressenti. L'association Chrysalide et les PEP's de l'ONE citent certains documents construits sous la forme de check-list où sont repris tous les signes qui, une fois repérés, leur font considérer la famille comme vulnérable.

« C'est pas une facilité, c'est une manière de se dire : « Tiens, il n'y a pas que moi qui m'inquiète face à cette situation. » Et en même temps, on peut se tromper, on peut vraiment être à côté de la plaque parfois. » (Inter 9, S5)

Ce repérage se base sur la notion subjective de la normalité et de la vulnérabilité. Le fait de parler de « population vulnérable » déstabilise les professionnels. Ils ne sont pas toujours certains de ce qu'ils voient ou de ce qu'ils considèrent comme vulnérable ou non, sa définition leur paraissant très large et vague. Tout dépend également du contexte culturel et de la barrière de la langue considérés comme des difficultés dans les prises en charge. Les professionnels de

la santé sont également démunis quand une intervention policière ou juridique intervient autour des familles.

De plus, en lien avec les représentations et une certaine stigmatisation, le rôle principal de repérage et d'une sorte de classification est attribué sans conteste à l'ONE et parfois aux gynécologues. Étant donné qu'une majorité de patientes sont vues en période prénatales par les PEP's de l'ONE au CHU Tivoli, les autres professionnels se basent sur leurs observations lors de leur propre intervention.

« C'est parce que, nous, on n'a aucun contact avec elles à la base donc si l'ONE ne l'a pas répertoriée ; (...) Alors, si on a juste le dossier médical, ce n'est pas toujours non plus renseigné. Chez le gynéco, elles ne vont peut-être pas se livrer de leur situation. Donc, je pense qu'à l'hôpital, c'est ou la fiche sociale, ou la fiche de l'ONE qui peut nous dire via leurs réunions de crise je dirais, où ils ont fiché un peu les gens à problème mais mise à part cela, il n'y a pas vraiment d'autres outils prévus je pense à l'hôpital... » (Inter 5, M1)

En maternité, ce repérage est attribué aux sages-femmes qui sont prévenues à l'avance de l'arrivée de certaines familles « fichées », c'est-à-dire signalées. Elles ont donc déjà une certaine représentation des familles, ce qui peut influencer la prise en charge. Cette communication est le plus souvent informelle.

En dehors des congés scolaires et des jours fériés, les PEP's postnatales passent voir toutes les mamans afin de présenter l'ONE si elles ne le connaissent pas ou de le représenter pour rappeler les permanences gratuites et les visites à domiciles des PEP's de secteur. Dans une optique de classification, les PEP's postnatales travaillent avec un système de codage relié à l'avis de naissance qu'elles transmettent à leurs collègues de secteur afin de les prévenir d'effectuer un suivi renforcé auprès de certaines familles. Ce codage est effectué de manière transparente par rapport à la dyade.

Avec l'évolution du fonctionnement de l'ONE, il semblerait que toutes les femmes enceintes ne seront plus vues systématiquement et que les visites seront réduites en nombre. Seules les situations qui leur semblent vulnérables seront suivies de manière plus vigilante. La crainte des professionnels de ne pas repérer certaines vulnérabilités n'en est qu'exacerbée. Certaines PEP's avancent alors le rôle primordial que joueront les sages-femmes durant les premiers instants au domicile.

➤ **La définition des rôles**

« Avoir déjà un dossier correct. (...) c'est d'avoir un dossier où on fait référence aux situations un peu dangereuses et savoir un peu ce qu'on veut mettre... ce qui est mis en place, ce qui va être mis en place parce que ce n'est pas vraiment mon rôle à la base de mettre tout ça en place moi-même. » (Inter 5, M1)

C'est justement là qu'intervient la question de savoir à qui est attribué quel rôle : le rôle de repérer, le rôle de mettre en place (en lien avec la désignation d'un coordinateur de référence), le rôle de transmettre, quand intervenir, quel professionnel est concerné et quelle dimension de la prise en charge est en jeu. La question de la définition des rôles, mais également

de leur délimitation au niveau responsabilité est incontournable dans cette collaboration. C'est l'un des éléments qui contribuent le plus à déstabiliser les professionnels, car ils considèrent souvent que ce n'est pas leur rôle ou qu'ils ne sont pas la meilleure personne pour le faire.

« Ça me rassure, moi ; qu'il y ait des sages-femmes qui passent avant, parce que je ne suis pas formée et je leur dis aux mamans. Je leur dis même en maternité, quand je leur présente les services de l'ONE, je leur dis : « A l'ONE, nous ne sommes pas formées pour la première semaine. Ca, c'est vraiment le boulot des sages-femmes et s'il y a quelque chose de pathologique, c'est elles qui poursuivent et puis, l'ONE prend le relais après. ». Ca, j'insiste bien auprès des familles. » (Inter 3, S3)

Cette définition, auprès non seulement des populations vulnérables, mais également des professionnels, demeure floue. Chacun a pourtant son rôle : les professionnels font facilement appel à l'assistante sociale lorsqu'il s'agit de s'occuper de problèmes de logement ou d'enfants placés, ou ils font appel à la psychologue en cas de fragilités psychologiques. Ce qui perturbe les professionnels, c'est la crainte de ne pas mettre tout ce qu'il faut en place et que cette collaboration, loin de les aider, leur complique la prise en charge.

« Je crois que ça manque, une collaboration de tous les services en même temps. On travaille finalement chacun dans notre coin au lieu de renforcer les collaborations. Ca pourrait être bien. » (Inter 4, S4)

Les participants sont conscients de la nécessité de collaborer, mais, dans la réalité du terrain, la collaboration est fortement influencée par leur représentation de la vulnérabilité, de leur profession et du regard de l'autre. Cette représentation interprofessionnelle implique une influence positive ou négative lors de cette collaboration. Positive, lorsqu'il s'agit d'introduire une autre personne et que son travail est valorisé auprès de la famille et des autres intervenants. Négative quand les intervenants se sentent obligés de travailler ensemble sans reconnaissance de leur rôle distinct à jouer dans la situation, ou encore quand la crainte leur fait introduire de manière stressante et maladroite les autres professionnels.

« En négatif, je pense que c'est toujours quelque chose de subjectif. Comme on a dit là, « petit milieu », on a toujours notre « background », nos idées à nous, que pour nous, ça semble une situation un peu précaire, mais ... (...) Donc, je pense que la question de ce qui est la norme, c'est quelque chose de subjectif. Mais je trouve... c'est peut-être un peu patriarcal aussi, mais que s'il y a une suspicion qu'il y a quelque chose qui a besoin d'aide, c'est notre devoir de proposer au moins. Je préfère avoir un « Non » ou un refus, que la situation où ils te disent : « Tu l'as vue et t'as rien fait ! ». » (Inter 8, M4)

Dans ce passage, il est constaté que les professionnels ont des devoirs et des responsabilités après avoir effectué le repérage. Ceux-ci dépendent des limitations de leur rôle. Leur travail et leurs actions ne sont pas à l'abri du jugement des autres professionnels. Des tensions entre l'approche professionnelle et l'approche émotionnelle émergent alors.

c) Des tensions entre l'approche professionnelle et l'approche émotionnelle

➤ *Jugement professionnel*

*« Donc cette mère, elle va arriver à la maternité, qu'est-ce qu'on va reprocher à la PEP's
« Oh mon dieu, dans la situation dans laquelle elle est, on n'a pas de signalement au SAJ
préalable ! » Tu vois, donc elle est déjà comme ça la PEP's (tremblante). L'autre PEP's
après « Hé lala, tu viens me refiler une situation-là, ici, c'est catastrophique ! Tu n'as pas
mis un signalement avant et c'est moi qui vais devoir tout gérer ! » Et la famille là-dessus,
elle ferme la porte « Foutez-moi la paix ! ». » (Inter 2, S2)*

Les professionnels sentent le regard des autres intervenants quant au travail effectué. Non seulement il y a la crainte de passer à côté d'une vulnérabilité, mais aussi la peur de ne pas avoir mis en place ce qu'il fallait ou pas suffisamment tôt dans la prise en charge. Par conséquent, les professionnels sentent tout le poids de la responsabilité qui leur est confiée dès le début d'un suivi. Certains sont littéralement hantés par la perspective d'être responsable par leur inaction de la mise en danger d'un enfant. Face à cette peur, ils considèrent comme un devoir et une obligation d'agir, et cela même si les familles ne sont pas d'accord.

*« Pour l'ONE en tout cas, on marche sur leurs plates-bandes, elles pensent en tous cas qu'on
marche sur leurs plates-bandes et donc elles ne comprennent pas la spécificité de notre
travail dans les premiers jours de retour à la maison » (Inter 7, M3)*

Le sentiment de compétition et de rivalité entre certaines professions est malheureusement ressenti, ce qui impacte négativement la collaboration. Il est essentiellement identifié entre les PEP's et les sages-femmes. Cela découle notamment d'une définition floue des rôles de chacun auprès des familles, mais aussi des professionnels. Bien que complémentaires, leurs compétences se chevauchent, tout comme leurs fenêtres d'action. D'autant plus depuis que les sages-femmes développent les préparations à la naissance, les consultations prénatales et les suivis à domicile, les PEP's ont le sentiment qu'elles ont plus de mal parfois à accéder aux familles, surtout en visite à domicile. Leur vision à long terme du suivi de l'enfant et de sa famille est perçue comme étant moins reconnue et moins valorisée.

Si les professionnels ne connaissent pas bien le rôle de chacun ou ne se connaissent pas tout simplement, cela amène parfois à une multiplication des intervenants alors qu'ils ne sont pas nécessaires. Par exemple, un médecin généraliste qui préfère référer les familles à une infirmière à domicile plutôt qu'à une sage-femme pour les soins d'une plaie de césarienne, même si la demande de prescription provient de la sage-femme.

*« Toute l'information, qu'on se fasse connaître, qu'on se fasse entendre et respecter par les
pédiatres. Pas qu'il n'y a pas de respect, mais que ça vienne peut-être du corps médical, ils
ont beaucoup plus d'influence que nous à l'heure actuelle. En cas de problème, si le pédiatre
dit qu'il faut un suivi J3-J4-J5 obligatoire, ils vont s'y plier plus facilement. Là, je suis
introduite. » (Inter 7, M3)*

Au contraire, il y a une valorisation des compétences et des rôles joués par les professions médicales, en particulier le gynécologue et le pédiatre. Cette valorisation a plus de poids auprès des familles et permet d'introduire plus facilement d'autres professionnels sur les situations. Leur parole, mais aussi leurs actions (ex : prescription, conseils) influencent la tournure de la prise en charge et sa finalité. Non seulement cela apporte une reconnaissance du travail de chacun, mais aussi une confiance dans la collaboration entre professionnels et avec les familles.

Plusieurs professionnels sont également conscients qu'une fois leur rôle terminé, ils doivent passer le relais et se retirer de la prise en charge. Cela n'est pas toujours évident face aux familles vulnérables à cause du lien de confiance qui a été établi, de la force de la relation et des sentiments qu'elles font naître auprès d'eux.

➤ **Lien et attachement**

« Moi, je vais surtout m'occuper des soins de maman-bébé. J'essaie de rester à ma place de sage-femme. Ce qui est parfois difficile dans des situations pareilles, mais je m'y tiens cette fois. (...) Parce qu'après je m'implique de trop. » (Inter 5, M1)

Les participants parlent souvent d'un attachement à l'égard des familles vulnérables et de l'implication qui en résulte. Cet engagement naît du ressenti éprouvé dans les postures adoptées par les professionnels : attachement, satisfaction, sentiment d'être démuné... La situation de vulnérabilité des dyades mère-enfant appellent les professionnels à faire face à leur devoir, à leurs responsabilités et à répondre aux signes d'appel explicites ou implicites. Loin de ne mobiliser que le réseau des familles, c'est leur propre réseau qu'ils mobilisent et élargissent pour y répondre au mieux. La frontière entre la dimension émotionnelle et professionnelle se réduit et les pousse alors à déborder de leur secteur en continuant le suivi, même si les familles déménagent, ou à déborder de leur rôle en investiguant des dimensions de la vie qui ne rentrent pas dans leurs prérogatives (ex : interpellier l'école en tant que sage-femme). Un sentiment de jalousie s'établit parfois à l'encontre de certains professionnels quand ce lien de confiance les empêche d'accomplir leur travail ou de rentrer au domicile des familles.

Si ce lien n'est tissé qu'avec une seule personne de référence, cela risque de mettre à mal la collaboration entre professionnels, au point de ne pouvoir effectuer certains soins sans la présence de cette personne de référence.

« C'est surtout du travail de préparation de lien entre les professionnels. Travailler le lien avec les enfants-parents, c'est travailler le lien avec tous les personnels- professionnels présents autour de la famille. C'est construire un maillage, un réseautage tout autour suffisamment contenant pour que cette maman puisse être suffisamment en sécurité. C'est ça le nœud du problème ! Toujours travailler la sécurité. Pour qu'on puisse travailler l'attachement. » (Inter 2, S2)

C'est le travail du lien entre professionnels et avec les familles qui semble permettre d'établir la confiance et de résoudre l'ambivalence des professionnels sur le « contrôle » à

imposer, puisque la collaboration se fait en toute sécurité et transparence. Bien que fragile, cette assurance pourrait permettre d'atténuer les craintes, de favoriser l'ouverture et le tissage d'un lien. A long terme, ce maillage/ces liens tissés autour et avec les familles vulnérables, mais aussi entre les professionnels peuvent se révéler forts et résistants.

Discussion

A. Synthèse des résultats

La question de recherche que nous abordons est la suivante : « Comment les multiples professionnels dans le secteur mère-enfant s'organisent-ils pour accompagner les populations vulnérables lors du retour à domicile en post-partum ? »

Nos principaux résultats mettent en évidence :

- 1) L'importance de la collaboration et le besoin d'un coordinateur de référence ;
- 2) Une posture d'ouverte et une relation de confiance qui sont prônées ;
- 3) Le paradoxe entre le désir de standardisation et de personnalisation ;
- 4) Des tensions au niveau du public visé, de l'accessibilité géographique, du timing d'intervention, du repérage des vulnérabilités et des responsabilités qui en découlent.

Les professionnels parlent positivement de la collaboration qui se produit lorsqu'ils doivent prendre en charge des dyades vulnérables. Toutefois, bien qu'ils l'encouragent, elle est influencée par la représentation de la vulnérabilité et le type d'intervenants composant le réseau. La collaboration est impactée par le fait que ces intervenants se connaissent et la relation de confiance qu'ils ont établie entre eux. Par ailleurs, d'autres obstacles au niveau de la continuité et de la coordination sont dénoncés : la méfiance entre professionnels, mais aussi la confusion qui règne à désigner celui qui dirigera la planification du suivi.

Les professionnels adoptent différentes postures qui influencent ces prises en charge et la collaboration. En premier lieu, il y a la crainte, alimentée par les risques concernant la sécurité de l'enfant et la possibilité du refus d'aide. Elle pousse les professionnels à vouloir imposer un suivi. En deuxième lieu, la posture d'ouverture suppose de laisser une latitude de contrôle aux familles concernant l'intervention ce qui permet d'améliorer leur engagement. La manière d'introduire un nouvel intervenant auprès d'elles est très importante. En troisième lieu, le ressenti face à ces prises en charge de dyades vulnérables suscite chez les professionnels des sentiments forts positifs, mais aussi négatifs. Lors de ces suivis, des tensions émergent.

Les participants réclament une standardisation par la création d'itinéraires cliniques et de référentiels pour les aider à établir un suivi, tout en désirant le personnaliser. Ils font face à des difficultés : suivant le membre de la dyade visé par leur profession (l'enfant ou la mère), mais aussi concernant l'accessibilité des familles pour assurer ce suivi. Il est plus facilement organisé à partir de l'hôpital ou lorsqu'elles font partie du secteur local. Quant à la gestion du timing d'intervention, l'organisation demeure chronophage et difficilement anticipée.

Le rôle majeur des professionnels est l'orientation des familles vers les services adéquats. Pour guider au mieux, ils doivent détecter les signes de vulnérabilité, détection qui n'est pas facilitée par la subjectivité du concept. Cette détection est dépendante des responsabilités et délimitation des rôles des intervenants qui demeurent floues. Les dernières tensions identifiées montrent l'impact du jugement des professionnels entre eux. Il peut passer du reproche à la compétition, comme il peut valoriser le travail des autres et influencer positivement la prise en charge des familles vulnérables. Celle-ci implique un engagement des professionnels qui ont parfois des difficultés à maintenir une distance professionnelle envers les familles. C'est surtout la construction d'un lien entre ces professionnels qui représente la clé de la réussite de ces prises en charge.

B. Discussion

L'importance des visites à domicile lors des retours précoces en post-partum était déjà établie par les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).(83) De même que la sûreté de ces soins à domicile en comparaison avec des soins hospitaliers plus longs.(84) Mais notre recherche prend en compte la vulnérabilité comme une caractéristique particulière des dyades en post-partum à domicile.

Dans la littérature, cette vulnérabilité est souvent visée par des programmes d'intervention précoce qui ont prouvé leur efficacité. Mais la question de l'ambivalence entre leurs objectifs de « soutien ou de contrôle social » est soulignée. En effet, les intervenants possèdent lors d'un suivi une position « de professionnel de la santé » qui impose un rapport d'autorité face aux familles, ce qui n'est pas toujours bien perçu et ne facilite pas la prise en charge.(85) Un questionnaire sur ces « postures professionnelles face aux bénéficiaires » d'interventions sur les inégalités sociales est remarqué dans un rapport de l'ONE en 2013.(56)

1) Posture

Nos résultats montrent que la posture des professionnels pour le suivi postpartum des dyades vulnérables est importante. La crainte du refus de soins et de suivi chez ces populations amène les professionnels à s'interroger sur la manière de les approcher. De notre point de vue, les capacités de communication des professionnels doivent être développées et cibler un partenariat en renforçant l'empowerment des familles. Ce partenariat préconise de partir de leurs besoins spécifiques et de construire en concertation le type d'aide nécessaire.

Une étude menée en Angleterre a investigué les raisons des refus des interventions précoces auprès de femmes vulnérables.(86) Elle a conclu notamment qu'une attention particulière devait être apportée aux relations qui s'établissent entre les femmes et les professionnels. L'article exprime que le post-partum étant une période fragile où les femmes ne perçoivent pas toujours le besoin d'aide, une posture d'ouverture est suggérée et s'illustre par une certaine flexibilité dans les offres d'aide, en respectant leur rythme, pour qu'elles se sentent prêtes à les accepter. Cette posture d'ouverture passe par une approche bienveillante d'écoute, de reconnaissance des capacités parentales, souvent empreintes de représentations négatives. De plus, la difficulté d'intégrer les explications en post-partum nécessite une répétition des informations et des propositions, tout en gardant la symbolique de « la porte ouverte ». Par ailleurs, cet article éclaire un autre aspect de nos résultats : il apparaît que le partage du pouvoir dans cette relation sous-entend que les intervenants ne doivent pas agir en effectuant les démarches pour les dyades (ce qui renforcerait leur dépendance), mais avec elles, afin de renforcer leur autonomie.(85,86)

En ce qui concerne les professionnels dans notre recherche, l'application de la posture d'ouverture concerne surtout la manière d'introduire un nouvel intervenant dans la prise en charge. Passer le relais en toute confiance dépend de la manière de le présenter à la famille et de la transmission des informations. Ainsi, la transition ne brusque pas les familles, ils sont présentés et introduits auprès d'elles et elles ne doivent pas répéter toute leur histoire, qui peut être lourde. D'autant plus, si une représentation positive est dépeinte à la famille, cela permettra de la motiver à garder le contact et à assurer une continuité.

La littérature permet de relier ce principe à un autre type de continuité, la continuité relationnelle. Celle-ci doit s'établir avec les familles, mais également entre les professionnels afin d'améliorer la collaboration interprofessionnelle.(87)(88)

2) Relation de confiance

Nos résultats montrent que le passage de relais requiert l'établissement d'une relation de confiance. Comme déjà abordée, elle est incontournable dans la collaboration entre les professionnels. Mais, comme exprimé par les participants de notre recherche, la construction de cette relation nécessite du temps. Pour aller plus loin, l'un des participants suggérait d'appliquer « les théories de l'attachement » pas uniquement à la relation parent-enfant et parent-professionnel, mais aussi à la relation interprofessionnelle.

Au départ, ces théories s'appliquaient essentiellement aux dyades mères-enfant qui présentaient des problèmes d'attachement, puis se sont étendues au père. Ensuite, elles ont inspiré les programmes de prévention, notamment de la maltraitance infantile chez des familles vulnérables. Ces programmes étaient caractérisés par une intervention précoce comprenant des contacts fréquents, des visites à domicile et une relation de confiance.(89)

Il n'est pas irréaliste d'imaginer transposer les conclusions de ces théories à la construction du lien entre les professionnels. Le travail de ce lien permettrait de sécuriser ceux-ci concernant la prise en charge. La clé, c'est la relation de confiance. Dotés d'une base solide et ayant tissé un « maillage » entre eux, les professionnels seront amenés à s'impliquer dans ces prises en charge et à garantir leur engagement. Celui-ci est nécessaire au vu du challenge représenté par la prise en charge des plus vulnérables.(50) Cela pourra aboutir au renforcement de la continuité par l'amélioration des transmissions et la valorisation du temps investi pour les faire. La reconnaissance des représentations du rôle de chacun consoliderait d'autant plus cette confiance.(90)

3) Standardisation versus personnalisation

Pour faire face à la complexité des prises en charge, il est compréhensible que les professionnels souhaitent se baser sur des trajets de soins qui les guideront et qui seront conformes à la philosophie actuelle de l'*evidence-based medicine* (EBM). Une ambivalence est alors mise en évidence dans nos résultats : les professionnels réclament une standardisation, mais prônent la personnalisation des suivis.

Le paradoxe, signalé dans la littérature de manière générale par les chercheurs Mannion et Exworthy, n'est pas réellement ressenti par les participants.(91) Pourtant, les réformes successives en Belgique se dirigent progressivement vers ce sommet précis de standardisation, avec notamment le nouveau financement des soins à basse variabilité (92,93) et autres protocoles spécifiques.

Le réseau périnatal qui va être initié au CHU Tivoli permettra la mise en place d'un trajet de soin répondant au besoin de standardisation, mais ce réseau sera destiné aux dyades qualifiées de « normales ». Les lignes directrices des recommandations dans la littérature ciblent essentiellement ces populations, ne prenant en compte que minoritairement les cas spécifiques. Cela amène à penser que la standardisation risque de ne pas tenir compte des besoins des plus vulnérables. En effet, en mettant d'emblée tout le monde sur un pied d'égalité

en « normalisant » les itinéraires ou trajets de soins, l'approche des familles vulnérables risque d'être amputée de son humanisation pourtant indispensable.

Au niveau de la pratique internationale, peu d'exemples d'itinéraires semblent publiés. Ce fait appuie d'autant plus la demande des professionnels quant à leurs créations, même si plusieurs limites sont à prendre en compte. Notamment, ils ne seraient pas adaptables, étant donné les différences de fonctionnement de systèmes de santé entre les pays.(94,95) De plus, ces trajets sont majoritairement conçus pour les soins à l'hôpital et sont centrés sur l'accouchement (96) ou les soins post-partum généraux et sont non spécifiques aux familles vulnérables. Pourtant, le questionnement à leur sujet était déjà présent dès la fin des années 90 en Amérique.(95)

Des difficultés découlant du paradoxe standardisation/personnalisation sont remarquées dans une « étude de faisabilité concernant une planification individualisée des soins post-partum » réalisée en 2014 en Australie. Les principales critiques retenues visaient la connaissance des professionnels concernant le programme, déjà planifié, mais aussi la variabilité de la réalisation du programme par les mères, pourtant « à faibles risques ». En effet, une proportion moindre que prévue le réalisait jusqu'au terme.(94) La mise en place de ces itinéraires cliniques suppose donc des capacités de la part des familles pour s'y tenir, ce qui reste une zone d'incertitude apparue dans nos résultats pour les dyades vulnérables.

Au niveau local, un itinéraire clinique de soins à Liège (97) a été évalué sur un petit échantillon et a ciblé le suivi par une sage-femme dans le cadre des retours précoces. Même si la satisfaction des patientes était bonne, l'étude mettait en évidence une anticipation en prénatal pour pouvoir mettre l'itinéraire en place de manière personnalisée afin qu'il soit efficace. Ce besoin d'anticipation a également été souligné dans nos résultats. Toutefois, les participants signalaient que celle-ci, précisément, n'est pas toujours possible en pratique avec les dyades vulnérables.

Pour répondre à l'opposition entre standardisation et personnalisation amenée par nos résultats, la littérature utilise plutôt le terme de « normalisation individualisée », suggérant que le premier désigne « les lignes de conduites qui facilitent la prise en charge », le second « compense les lacunes » détectées chez les cas spécifiques, notamment les plus vulnérables. Aussi appelée « personnalisation de masse », elle pourrait être comparée à un mariage subtil entre EBM et contexte de vie des familles. La partie personnalisation doit être considérée avec précaution. Ses répercussions attrayantes sont représentées par le fait de se centrer sur l'individu et ses besoins, ainsi que le fait de favoriser son implication dans les soins. Mais au-delà de ces impacts, cette implication suggère également leur participation active, dont l'intensité peut être jugée. Cela risque de provoquer un glissement vers un processus de responsabilisation des comportements de santé abordés dans les conséquences de la vulnérabilité.(91)(98)(99)(100)

En définitive, les logiques de standardisation et de personnalisation mêlant « similitudes » et « différences » exigent une réflexion poussée concernant leur articulation en pratique dans les soins de première ligne. L'élément clé pour y répondre a été signalé dans nos résultats et est en concordance avec une autre étude: il s'agit de la coordination.(91)

4) Coordination

Étant donné la délimitation floue des rôles et responsabilités, les professionnels au sein du CHU Tivoli dénoncent l'absence d'une coordination fixe et d'une personne de référence.

Bien qu'encore recommandée récemment dans la littérature, elle demeure difficile à mettre en pratique.(96) Cette dimension souffre d'un « manque de vision globale » et d'un manque de reconnaissance. Le statut, n'est pas précisément défini, pourrait correspondre à différents profils de professionnels, ce qui implique des visions différentes. Médecin généraliste, sage-femme, infirmière de santé infantile..., chacun pense à tour de rôle être le mieux placé pour l'endosser (87), comme en atteste une étude en Australie.

A l'opposé, d'autres considèrent que ce n'est pas leur rôle au vu des responsabilités à assumer, comme l'a illustré nos résultats. D'autant plus essentielle dans la prise en charge des dyades vulnérables, la coordination demeure en lien avec les précédents résultats : l'importance de l'ouverture, l'introduction en confiance par une personne de référence connue des acteurs nécessaires dans le suivi, et permettant à la fois une standardisation et une personnalisation des soins.

Cependant, la coordination est compliquée par l'absence de centralisation des informations par manque d'outils et une difficulté de la gestion du temps. Cette gestion est dépendante du moment de l'initiation (précoce ou tardive) de la prise en charge et de l'articulation des différents professionnels. Une « désignation systématique » d'un coordinateur dès le début d'un suivi devrait constituer à l'avenir l'une des priorités de l'organisation des professionnels autour du post-partum, surtout pour les dyades vulnérables.

5) Systématisation

Au niveau systématisation, j'aborderai brièvement la question du repérage systématique des situations de vulnérabilité. En 2018, la France présente son projet « Bien-être » dont le but est « le repérage et l'accompagnement des femmes présentant des vulnérabilités psychiques ou sociales ».(101) Il répond à une demande des acteurs du terrain pour améliorer ces prises en charge spécifiques et la demande des femmes d'une personnalisation du suivi. Il appuie la nécessité de ce repérage à appliquer à chaque famille tout comme le font les recommandations HAS.(102) Toutefois, il faut garder à l'esprit que ce genre de repérage risque d'insécuriser les familles et de les stigmatiser, car elles seront considérées comme « anormales » et consommant alors plus de soins.(85) Cette représentation pourrait les pousser à rompre le suivi.

Outre le repérage, l'idée d'un des participants serait de plutôt systématiser le suivi ONE en le rendant « obligatoire ». Cela permettrait de répondre au sentiment des professionnels d'être démunis face au refus de suivi. Le but serait de transformer ce service en « norme de soins », à la fois incontournable et respectée comme faisant partie d'un suivi normal et traditionnel. La description par les professionnels de l'évolution du fonctionnement de l'ONE est loin d'être rassurante. Cette évolution ne semble pas du tout conforme à cette idée de repérage et de systématisation.

6) Autre piste

Une dernière piste mise en évidence par certains participants serait de plus considérer la famille dans sa globalité et donc de répondre au besoin de personnalisation des soins. En ce sens, les intervenants seraient amenés à activer autant que possible les réseaux qui se trouvent autour des dyades lorsqu'elles en ont, en particulier le père et les grands-parents.(103) En parlant de globalité, il pourrait être intéressant de se pencher sur le développement des services d'assistance maternelle (ex: tâches ménagères), comme aux Pays-Bas où il n'y a pas que le côté « soins de santé » qui est couvert.(1)

C. Limites

Tout d'abord, le sujet choisi est extrêmement dense en termes de dimensions de la collaboration et de l'organisation. Cette recherche, bien que ciblée sur un seul établissement hospitalier, ne peut rendre compte de manière précise et exhaustive de toutes les pratiques en vigueur. Elle n'a pas la prétention d'avoir recensé tous les écrits disponibles sur le sujet, ni d'avoir investigué chaque dimension. A l'inverse, elle a tenté de cibler la conception de la vulnérabilité du post-partum et de sa prise en charge.

Ce concept reste, malgré une définition établie, difficilement appréhendable par les participants interrogés. Ils privilégiaient souvent une facette de la vulnérabilité lorsqu'ils répondaient.

Puis, il faut noter la présence d'un biais social. En effet, le rôle de sage-femme que j'occupe au sein de l'institution choisie a pu influencer non seulement la vision portée sur cette recherche, mais aussi la manière de répondre des participants. Par exemple, il est arrivé lors de certains entretiens que des répondants désignent la profession de sage-femme en la mettant en référence avec moi (ex : « faire appel à vous »). De plus, mon expérience professionnelle et mon ressenti concernant la problématique n'ont pas été évidents à écarter lors de la rédaction. Ils m'ont permis, cependant, d'exposer une compréhension plus détaillée du sujet que n'aurait pu le faire une personne sans expérience.

Pour finir, le contexte de pandémie et de confinement lié à la crise du Covid 19 ne m'a pas permis d'interroger certains professionnels ni de réaliser un focus group. L'accessibilité aux intervenants s'est donc vue réduite m'empêchant d'augmenter la taille de mon échantillon. Il manque donc la vision d'une profession en particulier : celle du pédiatre. En tant qu'un des intervenants principaux en consultation de nourrisson, sa vision de la collaboration aurait été un enrichissement supplémentaire non négligeable.

Conclusion

Les réformes des soins de santé ont amené des changements face auxquels les professionnels doivent s'adapter. La problématique des retours précoces qui en découle a induit des questionnements sur l'organisation des suivis post-partum à domicile. Ces interrogations ont permis de mettre en évidence l'attention accrue à attribuer aux plus vulnérables. La perception de la vulnérabilité demeure difficile à appréhender, étant donné le champ vaste de facteurs à prendre en compte pour la définir. Cependant, elle induit des conséquences, des enjeux et des besoins spécifiques dans le cadre du post-partum à domicile.

Cette recherche s'est penchée sur l'organisation spécifique autour des dyades vulnérables en priorisant le point de vue des professionnels. Les entretiens semi-directifs ont permis d'approcher la réalité du terrain grâce à leurs expériences de suivis post-partum à partir du CHU Tivoli.

Les résultats ont montré le besoin de rencontre et de communication entre les professionnels, ce qui est insuffisamment concrétisé en réalité. D'autant plus dans un contexte de vulnérabilité, la complexité des prises en charge exige des professionnels qu'ils apprennent à se connaître pour travailler ensemble et optimiser la continuité des soins. Notamment, trois points d'attention ont été mis en avant.

Premièrement, la posture d'ouverture à adopter face aux familles et entre les professionnels doit être privilégiée afin de garantir la collaboration de chacun. En effet, les postures des professionnels sont souvent empreintes de craintes par rapport aux risques pour l'enfant et au refus de suivi des parents. Basée sur une relation de confiance, une collaboration solide permet de tisser un lien entre les professionnels et de mieux introduire chaque intervenant nécessaire dans les prises en charge. Ainsi, accepté par les familles sans aucune contrainte, le suivi est facilité.

Deuxièmement, les professionnels réclament d'être guidés par des trajets de soins qu'ils pourraient personnaliser, mais qui semblent pour l'instant tournés plutôt vers des prises en charge des dyades à bas risque. Des études futures seront nécessaires pour les développer.

Troisièmement, la nécessité de définir clairement le statut et les limites du rôle d'un coordinateur des soins a été pointée. La confusion règne quant au professionnel devant endosser ces responsabilités. L'instauration de sa désignation systématique en prénatal devrait également être soutenue.

Privilégier l'individu face à une société et une gestion de la santé publique qui pourraient tendre à l'oublier est l'idée qui devrait orienter les recherches à l'avenir sur le suivi post-partum des dyades vulnérables. L'incertitude autour des prises en charge des plus vulnérables continuera d'alimenter la réflexion des professionnels de la santé et du social sur le terrain. Les populations vulnérables auront plus que jamais besoin de collaboration et de confiance interprofessionnelle pour les guider sur un chemin de soins éclairé par la bienveillance. Ce sont non seulement les familles, mais aussi les professionnels qui en retireront tous les bénéfices pour les prises en charge futures.

Bibliographie

1. BENAHMED N, DEVOS C, SAN MIGUEL L, VINCK I, VANKELST L, LAUWERIER E, ET AL. Synthèse L'organisation des soins après l'accouchement [Internet]. 2014. Disponible à l'adresse: <http://www.kce.fgov.be>
2. OFFICE DE LA NAISSANCE ET DE L'ENFANCE. L'ONE en actions 2015 [Internet]. 2015. Disponible à l'adresse: https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRESENTATION/Rapports_d_acti vite/2015/04_RA_2015_ONE_en_actions.pdf
3. MAULET N. Travail en réseau et offre intégrée des services périnataux. 2017.
4. DE BLOCK M. Plan d'approche réforme du financement des hôpitaux [Internet]. Bruxelles; 2015. Disponible à l'adresse: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/h opitaux_reforme_financement.pdf
5. WITTROUW V., DI ZENZO E. Une présence active au service des sages-femmes [Internet]. 2015. Disponible à l'adresse: <https://www.sage-femme.be/wp-content/uploads/2016/04/Rapport-Congr--s-FINAL-congr--s-2015-1-1.pdf>
6. CHAPOIX G. Les enjeux d ' un séjour écourté en maternité. Santé conjugée [Internet]. 2017 Mar;78, numéro. Disponible à l'adresse: <https://www.maisonmedicale.org/Les-enjeux-d-un-sejour-ecourte-en-maternite.html>
7. DIRECTION GENERALE SOINS DE SANTE. CFSF/2016 / AVIS-2 Avis du Conseil Fédéral des Sages- Femmes concernant les séjours raccourcis en maternité [Internet]. Belgique: Service public fédéral; 2016. Disponible à l'adresse: <http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/avis-cfsf-201602-les-sejours-raccourcis-en-maternite>
8. LA FEDERATION WALLONIE BRUXELLES. La Fédération Wallonie Bruxelles en chiffres [Internet]. Bruxelles; 2018. Disponible à l'adresse: http://www.directionrecherche.cfwb.be/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&hash=295b2a1d544e64e79cf11544e197cc0633481b21&file=fileadmin/sites/sr/upload/sr_super_editor/sr_editor/documents/statistiques/CC2018_web.pdf
9. OFFICE DE LA NAISSANCE ET DE L'ENFANCE. Notre histoire [Internet]. [cited 2020 May 12]. Disponible à l'adresse: <https://www.one.be/public/cest-quoi-lone/notre-histoire/>
10. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Soins à la mère et au nouveau-né dans le post-partum: guide pratique Rapport d'un groupe de travail technique [Internet]. Vol. 66. 1999. Disponible à l'adresse: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66396/WHO_RHT_MSM_98.3_fre.pdf?sequence=1
11. BARLOW P, CEYSENS G, EMONTS P, GILBERT; LILIANE, HAUMONT D, HERNANDEZ A, ET AL. Guide du post-partum. 1ère. Supérieur D, editor. 2016. 736 p.
12. HURST S. Protéger les personnes vulnérables: une exigence éthique à clarifier. Rev Med Suisse [Internet]. 2013;1054–7. Disponible à l'adresse: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:84872>
13. WITTROUW V, ZENZO E DI. GT HAD - Sorties précoces de Maternité [Internet]. 2015. Disponible à l'adresse: <https://www.sage-femme.be/wp-content/uploads/2015/10/Sorties-pr--coces-de-Maternit---analyse-de-la-probl--matique.pdf>
14. HAUTE AUTORITE DE SANTE. Sortie de maternité après accouchement - conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés [Internet]. 2014. Disponible à l'adresse: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/recommandations_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf
15. ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DEVELOPPEMENT ECONOMIQUES. OECD.Stat [Internet]. OECD Stats. 2016 [cited 2020 Jan 16]. Disponible à l'adresse:

- <http://stats.oecd.org>
16. STATBEL. STABEL: La Belgique en chiffres Naissances et fécondité [Internet]. 2019 [cited 2019 Dec 24]. Disponible à l'adresse: <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/naissances-et-fecondite#figures>
 17. ROBIN M. Entre mères et grands-mères... Les rapports intergénérationnels après la naissance d'un premier enfant. In: ERES, editor. Grands-parents et grands-parentalités [Internet]. Petite enf. 2005. p. 43–57. Disponible à l'adresse: https://www-cairn-info.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/grands-parents-et-grands-parentalites--9782749204734-page-43.htm#xd_co_f=OWMwN2NkYzctNzBjZi00YjY5LTlhZTEtNGMwZDVmOGM0YzQ3~
 18. BARBIER C. Sages-femmes : lumières. Educ santé [Internet]. 2017;330:2–4. Disponible à l'adresse: http://educationsante.be/media/filer_public/28/d8/28d83543-1047-4c9d-8bbc-177047d60fc5/es_330_feb17_lr.pdf
 19. LEVESQUE S, MANON B, ROUSSEAU C. Détresse, souffrance ou violence obstétricale lors de l'accouchement : perspectives des intervenantes communautaires membres du Regroupement Naissance-Renaissance [Internet]. 2016. Disponible à l'adresse: <https://www.researchgate.net/publication/311846908>
 20. AHRQ. Six Domains of Health Care Quality [Internet]. [cited 2019 Dec 12]. Disponible à l'adresse: <https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/talkingquality/create/sixdomains.html>
 21. ZENZO E DI, WITTRUW V. Une présence active au service des sages-femmes Rapport du congrès UPSfB du 29 octobre 2015 : « Le retour précoce à domicile. Quels défis pour les sages-femmes ? » [Internet]. 2015. Disponible à l'adresse: <https://www.sage-femme.be/wp-content/uploads/2016/04/Rapport-Congr--s-FINAL-congr--s-2015-1-1.pdf>
 22. SLOMIAN J. Maternal Experience During The Postnatal Period : What are the need and the possible digital answers? [Internet]. Université de Liège; 2018. Disponible à l'adresse: <https://orbi.uliege.be/handle/2268/227233>
 23. Bayot I. Le quatrième trimestre côté femme. In: ERES, editor. Le quatrième trimestre de la grossesse [Internet]. 2018. p. 143–207. Disponible à l'adresse: https://www-cairn-info.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/le-quatrieme-trimestre-de-la-grossesse--9782749257228-page-143.htm#xd_co_f=OWMwN2NkYzctNzBjZi00YjY5LTlhZTEtNGMwZDVmOGM0YzQ3~
 24. LAHAYE W, ROUSSEAU P, MATTON F, LECUYER R, BATITA I. Etude éthologique des premières interactions enfant-parents lors de la naissance Ethological study of the first infant-parent interactions at birth [Internet]. Vol. 31. 2019. Disponible à l'adresse: www.cairn.info
 25. CREMERS A, LABAT A, SOW M. Accompagnement autour de la naissance pour les familles précarisées : offre et besoins [Internet]. 2013. Disponible à l'adresse: <http://aispn.be/wp-content/uploads/2015/03/accnaiss.pdf>
 26. LAMBOY B. Soutenir la parentalité: pourquoi et comment? différentes approches pour un même concept. Devenir [Internet]. 2009;21(1):31–60. Disponible à l'adresse: <https://www.cairn.info/revue-devenir-2009-1-page-31.htm>
 27. BENAHMED N, HENDRICKX E, ADRIAENSSENS J, STORDEUR S. Planification des ressources humaines pour la santé et les données relatives aux sages-femmes [Internet]. 2016. Disponible à l'adresse: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE278B_planification_sante_donnees_sages-femmes_Rapport.pdf
 28. INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE. Sages-femmes : Adaptations récentes de la nomenclature de vos prestations de santé [Internet]. 2019 [cited 2020 Jan 7]. Disponible à l'adresse: <https://statbel.fgov.be/fr/nouvelles/les-indicateurs-de-pauvrete-en-belgique-en-2017-eu-silc>
 29. LEFÈVRE M, BOUCKAERT N, CAMBERLIN C, DEVRIESE S, PINCÉ H, DE MEESTER C, ET AL. Organisation des maternités en belgique 2019 [Internet]. 2019.

- Disponible à l'adresse:
https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_323Bs_Organisation_maternites_Belgique_Synthese.pdf
30. OFFICE DE LA NAISSANCE ET DE L'ENFANCE. Besoin du soutien d'un TMS en maternité ? [Internet]. [cited 2020 Feb 12]. Disponible à l'adresse:
<https://www.one.be/public/0-1-an/consultations-tms/besoin-du-soutien-dun-tms/?L=0>
 31. UNION PROFESSIONNELLE DES SAGES-FEMMES BELGES. Institut national d'assurance maladie-invalidité [Internet]. 2019 [cited 2019 Dec 26]. Disponible à l'adresse: <https://sage-femme.be/sagesfemmes/inami/>
 32. HAUTE AUTORITE DE SANTE. Situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'ante et du post-partum [Internet]. 2011. Disponible à l'adresse: <http://documentation.fhp.fr/documents/17248R.pdf>
 33. LA LECHE LEAGUE. DA 76 : Lorsque la mère allaitante doit être hospitalisée Hospitalisation programmée ou en urgence ? Dossiers de l'allaitement [Internet]. 2008; Disponible à l'adresse: <https://www.llfFrance.org/1574-da-76-lorsque-la-mere-allaitante-doit-etre-hospitalisee>
 34. LAURENT M. Évaluation de la prise en charge des patientes à la maternité dans le cadre du retour précoce à domicile. Une approche comparative soignant-soigné. Université Catholique de Louvain; 2018.
 35. HAUTE AUTORITE DE SANTE. Résumé: Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. 2014.
 36. MOREAU N, RUTTIENS M, REGUERAS N, GUILLAUME J, ALEXANDER S, HUMBLET P. ADELE Accompagner le retour au domicile de l'enfant et sa mère : organiser les liens et évaluer [Internet]. 2013. Disponible à l'adresse:
https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRO/ONE_organisme_scientifique/Rapport_ADELE_2013_final.pdf
 37. SERVICE PUBLIC FEDERAL. Projets pilotes « accouchement avec séjour hospitalier écourté » [Internet]. 2019. Disponible à l'adresse:
https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/rapport_pp_accouchement_avec_sejour_ecourte_fr.pdf
 38. SERVICE PUBLIC FEDERAL. Projet pilote séjour écourté en maternité [Internet]. 18/07/2019. 2019 [cited 2020 Dec 17]. Disponible à l'adresse:
<https://www.health.belgium.be/fr/news/projet-pilote-sejour-ecourte-en-maternite#article>
 39. AQUARELLE. Séjour à la maternité [Internet]. 2019 [cited 2019 Dec 15]. Disponible à l'adresse: <https://www.aquarelle-bru.be/nos-activites/sejour-a-la-maternite/>
 40. ECHOLINE. Asbl Echoline [Internet]. 2019 [cited 2019 Dec 17]. Disponible à l'adresse: <http://www.echoline.be/>
 41. VANDEMEULEBROUCKE M. Echoline, dessine-moi le bien-être [Internet]. 2015 [cited 2020 Feb 12]. Disponible à l'adresse:
<https://www.alterechos.be/longform/echoline-dessine-moi-le-bien-naitre/>
 42. BENAHMED N, LEFÈVRE M, VINCK I, STORDEUR S. Scénarios alternatifs pour la projection de la force de travail des sages-femmes : horizon scanning et modèle de quantification 2019 [Internet]. 2019 p. 71. Disponible à l'adresse:
https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_312B_Horizon_Scanning_et_modele_de_quantification_midwifery_Rapport_2.pdf
 43. ANZALONE S, BAISE O, CEYSENS G, DELESTRAIT M, DELHAXHE M, DUPONT A, ET AL. Rapport de la banque de Données Médico-Sociales N°2: Regard sur le Hainaut [Internet]. 2017. Disponible à l'adresse:
https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRESENTATION/Rapports_BDMS/Subregionaux/Rapport-BDMS-Subregional-Hainaut.pdf
 44. OPEN VLD. 'BORN IN BRUSSELS' POUR LES FEMMES ENCEINTES VULNÉRABLES [Internet]. 11/12/2018. 2018 [cited 2019 Dec 17]. Disponible à l'adresse: <https://www.maggiadeblock.be/fr/born-in-brussels-pour-les-femmes->

- enceintes-vulnerables/
45. CDCS-CMDC ASBL. Born in Brussels Infos et ressources autour de la naissance et la petite enfance [Internet]. 2019. [cited 2019 Dec 18]. p. 2019. Disponible à l'adresse: <https://www.bornin.brussels/born-in-brussels-professionnels/>
 46. NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR DETERMINANTS OG HEALTH. Populations vulnérables [Internet]. 2019 [cited 2019 Nov 14]. Disponible à l'adresse: <http://nccdh.ca/glossary/entry/populations-vulnerables>
 47. DE GROOT N, BONSEL GJ, BIRNIE E, VALENTINE NB. Towards a universal concept of vulnerability: Broadening the evidence from the elderly to perinatal health using a Delphi approach [Internet]. 20/02/2019. 2019 [cited 2019 Dec 14]. Disponible à l'adresse: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0212633>
 48. HAMELIN-BRABANT L, DE MOTIGNY F, ROCH G, DESHAIES M-H, MBOUROU AZIZAH G, BOURQUE BOULIANE M, ET AL. Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale : une recension des écrits. Rapport de recherche volet 1. D'un regard sur la vulnérabilité périnatale à une évaluation des services de « relevailles » offerts par les centres de ressources p [Internet]. Québec, Canada; 2013. Disponible à l'adresse: http://cerif.uqo.ca/sites/cerif.uqo.ca/files/projet_crp_rapport_v1_final.pdf
 49. SHIFFMAN J, SMITH S. Generation of political priority for global health initiatives: a framework and case study of maternal mortality. *Lancet*. 2007;370(9595):1370–9.
 50. HAMELIN-BRABANT L, DE MONTIGNY F, ROCH G, DESHAIES M-H, MBOUROU-AZIZAH G, BORGES DA SILVA R, ET AL. Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale : une revue de la littérature. *Sante Publique (Paris)* [Internet]. 2015;27:27_37. Disponible à l'adresse: https://www-cairn-info.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/revue-sante-publique-2015-1-page-27.htm#xd_co_f=OWMwN2NkYzctNzBjZi00YjY5LTlhZTEtNGMwZDVmOGM0YzQ3~
 51. MORO M-R. Approche transculturelle de la périnatalité. *J Gynécologie Obs Biol la Reprod* [Internet]. 2004;33(N° SUP 1):5–10. Disponible à l'adresse: <https://www.em-consulte.com/en/article/115186>
 52. OFFICE DE LA NAISSANCE ET DE L'ENFANCE. Rapport 2006-2007 Banque de données médico-sociales Chapitre 3 Les inégalités sociales de santé [Internet]. Disponible à l'adresse: https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRESENTATION/Rapports_BDMS/2006-2007/RA_BDMS_partie3.pdf
 53. LEONARD C. La responsabilisation individuelle: aboutissements de la logique néo-libérale et de l'individualisme. *Educ santé* [Internet]. 2005; Disponible à l'adresse: <http://educationsante.be/article/la-responsabilisation-individuelle-aboutissement-de-la-logique-neo-liberale-et-de-lindividualisme/>
 54. BASK M, Bask M. Cumulative (Dis)Advantage and the Matthew Effect in Life-Course Analysis [Internet]. 25 novembre 2015. 2015 [cited 2020 Feb 12]. Disponible à l'adresse: <https://www-ncbi-nlm-nih-gov.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/pmc/articles/PMC4659671/>
 55. DE GROOT N, VENEKAMP AA, TORIJ HW, LAMBREGTSE-VAN DEN BERG M, BONSEL GJ. Vulnerable pregnant women in antenatal practice: Caregiver's perception of workload, associated burden and agreement with objective caseload, and the influence of a structured organisation of antenatal risk management. *Midwifery* [Internet]. 2016;40:153–61. Disponible à l'adresse: <https://www-sciencedirect-com.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/science/article/pii/S0266613816301139>
 56. ONE. Pour la réduction des inégalités sociales de santé dans des consultations prénatales de l'one [Internet]. 2013. Disponible à l'adresse: https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRO/ONE_organisme_scientifique/Rapport_reduction_inegalites_sociales_de_sante.pdf
 57. OFFICE DE LA NAISSANCE ET DE L'ENFANCE. Consultations pour enfants [Internet]. [cited 2020 May 13]. Disponible à l'adresse: <https://www.one.be/public/0-1-an/consultations-tms/consultations-pour-enfants/>

58. TUNG GJ, WILLIAMS VN, AYELE R, SHIMASAKI S, OLDS D. Characteristics of effective collaboration: A study of Nurse-Family Partnership and child welfare. *Child Abus Negl* [Internet]. 2019;95. Disponible à l'adresse: <https://www-sciencedirect-com.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/science/article/pii/S0145213419302054>
59. AMOUR DD. Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec [Internet]. Université de Montréal; 1997. Disponible à l'adresse: https://www.collectionscanada.gc.ca/obj/s4/f2/dsk2/tape17/PQDD_0003/NQ32608.pdf
60. AQUINO MRJ V., OLANDER EK, NEEDLE JJ, BRYARA RM. Midwives' and health visitors' collaborative relationships: A systematic review of qualitative and quantitative studies. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2016;62:193–206. Disponible à l'adresse: <https://www-sciencedirect-com.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/science/article/pii/S0020748916301171?via%3Dihub>
61. D'AMOUR D, GOULET L, LABADIE JF, MARTIN-RODRIGUEZ LS, PINEAULT R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2008;8. Disponible à l'adresse: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-8-188?report=reader>
62. SUSAN M-B, CLAIRE G, SIMON L, ATLE F, HARRIET N. Factors that influence the provision of intrapartum and postnatal care by skilled birth attendants in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2017. Disponible à l'adresse: <https://www-cochranelibrary-com.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011558.pub2/full>
63. D'AMOUR D, GOULET L, LABADIE J-F, BERNIER L, PINEAULT R. Accessibility, Continuity and Appropriateness: Key Elements in Assessing Integration of Perinatal Services. *Heal Soc Care Community* [Internet]. 2003;397–404. Disponible à l'adresse: https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/14498836/?from_single_result=Accessibility%2C+continuity+and+appropriateness%3A+key+elements+in+assessing+integration+of+perinatal+services.&expanded_search_query=Accessibility%2C+continuity+and+app
64. HAINAUT DEVELOPPEMENT, IDEA. Atlas socio-économique du Coeur du Hainaut, Centre d'énergies [Internet]. Mons; 2017. Disponible à l'adresse: [http://www.coeurduhainaut.be/uploads/images/actu/Atlas/AtlasCoeurDuHainaut_3_Web\(1\).pdf](http://www.coeurduhainaut.be/uploads/images/actu/Atlas/AtlasCoeurDuHainaut_3_Web(1).pdf)
65. CHU TIVOLI. Pôle Hospitalier Universitaire Cœur du Hainaut. 18/11/2016 [Internet]. 2016 Nov 18; Disponible à l'adresse: <http://www.coeurduhainaut.be/uploads/images/actu/161118-DP-Pôle-Hospitalier-Universitaire-Coeur-du-HainautV17nov.pdf>
66. INSTITUT WALLON DE L'EVALUATION DE LA PROSPECTIVE ET DE LA STATISTIQUE. Indicateurs statistiques: Taux de risque de pauvreté [Internet]. [cited 2019 Dec 19]. Disponible à l'adresse: <https://www.iweps.be/indicateur-statistique/taux-de-risque-de-pauvrete/>
67. OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL BRUXELLES. Regards croisés Rapport bruxellois sur l'état de pauvreté 2014. Bruxelles: Commission communautaire commune [Internet]. Bruxelles; 2014. Disponible à l'adresse: https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/rapport-pauvrete/regard-croises_2014_prot.pdf
68. STATBEL. Les indicateurs de pauvreté en Belgique en 2017 (EU-SILC) [Internet]. 17 mai 2018. [cited 2019 Dec 18]. Disponible à l'adresse: <https://statbel.fgov.be/fr/nouvelles/les-indicateurs-de-pauvrete-en-belgique-en-2017-eu-silc>
69. STATBEL. La privation matérielle [Internet]. 28 janvier 2019. 2019 [cited 2019 Dec 28]. Disponible à l'adresse: <https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/pauvrete-et-conditions-de-vie/la-privation-materielle>

70. INSTITUT WALLON DE L'EVALUATION DE LA PROSPECTIVE ET DE LA STATISTIQUE. Indicateurs statistiques: Taux de privation matérielle sévère [Internet]. 1/12/19. [cited 2019 Dec 22]. Disponible à l'adresse: <https://www.iweeps.be/indicateur-statistique/taux-de-deprivation-materielle-severe/>
71. INSTITUT WALLON DE L'EVALUATION DE LA PROSPECTIVE ET DE LA STATISTIQUE. Taux de risque de pauvreté ou d'exclusion sociale [Internet]. 2019 [cited 2019 Dec 20]. Disponible à l'adresse: <https://www.iweeps.be/indicateur-statistique/taux-de-risque-de-pauvrete-dexclusion-sociale/>
72. CEUPPENS A, DI ZINNO T, GUILLAUME J, REGUERAS N. Le suivi prénatal en Belgique en 2010 . Comparaison avec les résultats 2005 . [Internet]. 2013. Disponible à l'adresse: <https://aim-ima.be/IMG/pdf/suivi-pr-natal-en-2010---aim---20130612.pdf>
73. LEROY C, DAELEMANS C, DEBAUCHE C, VAN LEEUW V. Santé périnatale en Wallonie [Internet]. 2017. Disponible à l'adresse: https://www.cepip.be/pdf/rapport_CEPiP_wallonie2017_tma.pdf
74. AGENCE INTERMUTUALISTE. IMA-AIM Atlas [Internet]. [cited 2019 Dec 20]. Disponible à l'adresse: <https://ima.incijfers.be>
75. INSTITUT WALLON DE L'EVALUATION DE LA PROSPECTIVE ET DE LA STATISTIQUE. Les indicateurs complémentaires au PIB en Wallonie [Internet]. 2019 [cited 2019 Dec 22]. Disponible à l'adresse: https://icpib.iweeps.be/indice-situation-sociale-wallonie.php?iss_indicateur_id=775112
76. OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL BRUXELLES. Femmes, précarités et pauvreté en Région bruxelloise. Rapport bruxellois sur l'état de de la pauvreté 2014. Note de synthèse [Internet]. Bruxelles; 2014. Disponible à l'adresse: https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/rapport-pauvrete/rapport_thema2014-resume.pdf
77. TORCHIN H, ANCEL P-Y. Épidémiologie et facteurs de risque de la prématurité. J Gynécologie Obs Biol la Reprod [Internet]. 2016;45:1213–30. Disponible à l'adresse: <https://pdf-sciencedirectassets-com.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/276845/1-s2.0-S0368231516X00105/1-s2.0-S0368231516301144/main.pdf?X-Amz-Security-Token=IQoJb3JpZ2luX2VjEDAAcXVzLWVhc3QtMSJHMEUCIQCI7E3%2BNFtkgmnn3wy0IUue7vkQep04AFXN0iDeW7oSsQlGRu3DXHFf%2FB1rYQG>
78. ONE. Rapport Banque de Données médico-sociale 2002-2003 Partie 2: Mère en situation de vulnérabilité [Internet]. 2003. Disponible à l'adresse: https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRESENTATION/Rapports_BDMS/2002-2003/RA_BDMS_2002-2003_02.pdf
79. CHU TIVOLI. CHU Tivoli [Internet]. [cited 2020 Apr 8]. Disponible à l'adresse: <http://www.chu-tivoli.be/>
80. CHU TIVOLI. Naître au CHU Tivoli [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 8]. Disponible à l'adresse: <http://www.chu-tivoli.be/naitre-au-chu-tivoli/>
81. CHRYSALIDE. Chrysalide rapport d'activité 2018 (non publié). La Louvière; 2019.
82. OFFICE DE LA NAISSANCE ET DE L'ENFANCE. L'one en actions 2018 [Internet]. Bruxelles; 2019. Disponible à l'adresse: https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRESENTATION/Rapports_d_acti vite/2018/rapport-activite-2018-action.pdf
83. WHO. Soins postnatals de la mère et du nouveau-né. 2015;1–8. Disponible à l'adresse: <https://www.mcsprogram.org/wp-content/uploads/2016/03/WHO-PNC-2014-Briefer-A4-Fr.pdf>
84. BOULVAIN M, PERNEGER T V., OTHENIN-GIRARD V, PETROU S, BERNER M, IRION O. Home-based versus hospital-based postnatal care: A randomised trial. BJOG An Int J Obstet Gynaecol [Internet]. 2004;111(8):807–13. Disponible à l'adresse: <https://obgyn-onlinelibrary-wiley-com.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/doi/full/10.1111/j.1471-0528.2004.00227.x>
85. GUAY M-C, DESLAURIERS J-M. Prévention précoce et intervention sociale. Serv Soc [Internet]. 2013;59(2):31–50. Disponible à l'adresse: <https://www.erudit.org/fr/revues/ss/2013-v59-n2-ss0879/1019108ar/>

86. BARLOW J, KIRKPATRICK S, STEWART-BROWN S, DAVIS H. Hard-to-reach or out-of-reach? Reasons why women refuse to take part in early interventions. *Child Soc* [Internet]. 2006;19(3):199–210. Disponible à l'adresse: <http://onlinelibrary.wiley.com.proxy.bib.ucl.ac.be:8888/doi/10.1002/jgrd.50399/abstract>
87. PSAILA K, SCHMIED V, FOWLER C, KRUSKE S. Discontinuities between maternity and child and family health services: Health professional's perceptions. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2014;14. Disponible à l'adresse: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-4>
88. SWORD W, HEAMAN M, BROOKS S, TOUGH S, JANSSEN P, YOUNG D, ET AL. Women's and care providers' perspectives of quality prenatal care: A qualitative descriptive study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2012;12(1). Disponible à l'adresse: <https://link.springer.com/article/10.1186/1471-2393-12-29>
89. GAUTHIER Y. Pouvons-nous combler le fossé entre la recherche et la pratique clinique lorsqu'il est question de l'attachement? *Devenir*. 2011;23(3):287–313.
90. MOLENAT F. De la nécessité de resserrer les liens interprofessionnels. *Naissances : pour une éthique de la prévention* [Internet]. 2001;61 à 102. Disponible à l'adresse: https://www-cairn-info.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/naissances-pour-une-ethique-de-la-prevention--9782865869244-page-61.htm?xd_co_f=OWMwN2NkYzctNzBjZi00YjY5LTlhZTEtNGMwZDVmOGM0YzQ3#pa42
91. MANNION R, EXWORTHY M. (Re) making the procrustean bed? Standardization and customization as competing logics in healthcare [Internet]. Vol. 6, *International Journal of Health Policy and Management*. 2017. p. 301–4. Disponible à l'adresse: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5458790/>
92. INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE. Séjours hospitaliers pour des « soins à basse variabilité » : Les bases du nouveau système [Internet]. 2019 [cited 2019 Dec 29]. Disponible à l'adresse: <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-services/hopitaux/financement/Pages/base-nouveau-systeme.aspx>
93. INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE. Séjours hospitaliers pour des « soins à basse variabilité » : Pour quels patients ? [Internet]. 2019 [cited 2019 Dec 19]. Disponible à l'adresse: https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-services/hopitaux/financement/Pages/quels-patients.aspx#Une_sélection_de_57_groupes_de_patients
94. FORSTER DA, SAVAGE TL, MCLACHLAN HL, GOLD L, FARRELL T, RAYNER J, ET AL. Individualised, flexible postnatal care: A feasibility study for a randomised controlled trial. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2014;14(1). Disponible à l'adresse: <https://bmchealthservres-biomedcentral-com.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/articles/10.1186/s12913-014-0569-2>
95. OLDS S. Designing a Care Pathway for a Maternity Support Service Program in a Rural Health Department. *Public Health Nurs* [Internet]. 1997;14(6):332–8. Disponible à l'adresse: https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/9439171/?from_single_result=Designing+a+Care+Pathway+for+a+Maternity+Support+Service+Program+in+a+Rural+Health+Department&expanded_search_query=Designing+a+Care+Pathway+for+a+Maternity+Support+Serv
96. BENAHMED N, LEFEVRE M, CHRISTIAENS W, DEVOS C, STORDEUR S. Synthèse: Vers un parcours prénatal intégré pour les grossesses à bas risque [Internet]. 2019. Disponible à l'adresse: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_326B_Soins_prenatal_synthese_0.pdf
97. BASSLEER B, TARANJOEK M, GILLAIN D. Le retour précoce à domicile après l'accouchement : enquête de satisfaction sur un itinéraire clinique de soins . In: 7ème Conférence de Gestion et Ingénierie des Systèmes Hospitaliers [Internet]. 2014. p. 1–

9. Disponible à l'adresse: <https://orbi.uliege.be/handle/2268/178473>
98. AZRIA É. L'humain face à la standardisation du soin médical. Vie Idées [Internet] [Internet]. 2012;1–13. Disponible à l'adresse: <https://laviedesidees.fr/L-humain-face-a-la-standardisation-du-soin-medical.html>
99. ANSMANN L, PFAFF H. Providers and Patients Caught Between Standardization and Individualization: Individualized Standardization as a Solution. Int J Heal POLICY Manag [Internet]. 2018;7(4):349–52. Disponible à l'adresse: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5949229/>
100. SAKS M. Competing logics and healthcare: Comment on “(Re) making the procrustean bed? standardization and customization as competing logics in healthcare.” Int J Heal Policy Manag [Internet]. 2018;7(4):359–61. Disponible à l'adresse: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5949229/>
101. IBANEZ G, FALCOFF H, DENANTES M, MAGNIER A-M, BAUNOT N, CHAUVIN P, ET AL. Projet Bien-être : vers un meilleur repérage et accompagnement des femmes présentant des vulnérabilités psychologiques ou sociales. Sante Publique (Paris) [Internet]. 2018;S1(HS1):89. Disponible à l'adresse: https://www-cairn-info.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/revue-sante-publique-2018-HS1-page-89.htm#xd_co_f=OWMwN2NkYzctNzBjZi00YjY5LTlhZTEtNGMwZDVmOGM0YzQ3~
102. HAUTE AUTORITE DE SANTE. Recommandations professionnelles: Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) [Internet]. 2006. Disponible à l'adresse: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
103. XIAO X, NGAI FW, ZHU SN, LOKE AY. The experiences of early postpartum Shenzhen mothers and their need for home visit services: A qualitative exploratory study. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2019;20(1). Disponible à l'adresse: <https://bmcpregnancychildbirth-biomedcentral-com.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/articles/10.1186/s12884-019-2686-8>
104. DE MONTIGNY F, GERVAIS C, DUBEAU D. La place des pères en périnatalité : le programme québécois « Initiative Amis des pères au sein des familles ». Rev médecine périnatale [Internet]. 2017; Disponible à l'adresse: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12611-017-0438-4>

Annexes

Annexe 1. Outils 1 : Guide d'entretien

Formulaire avec questions de bases

1) Profil professionnel du répondant

- a. Age, sexe
- b. Profession, employeur, année d'expérience totale et à domicile/ en postnatal/ en hospitalier suivant la profession
- c. Point de vue sur le raccourcissement de la durée des séjours post-partum (échelle de Likert)

(En mettant sous leurs yeux l'échelle pour répondre : Pas du tout d'accord

Pas d'accord

Sans opinion

D'accord

Tout à fait d'accord)

1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Sans opinion	D'accord	Tout à fait d'accord

- a. Selon vous, les sorties précoces influencent-elles votre travail ?
- b. Selon vous, les sorties précoces influencent-elles la charge de travail ?
- c. Selon vous, les sorties précoces influencent-elles le risque pour les mères et les nouveaux-nés lors du retour à domicile ?
- d. Selon vous, les sorties précoces influencent-elles les intervenants avec lesquels vous travaillez ?
- e. Selon vous, les sorties précoces influencent-elles les vulnérabilités présentes chez les familles ?

- d. Pour résumer, si vous deviez choisir 3 mots-clés sur le thème des vulnérabilités en post-partum lesquels vous viendraient à l'esprit ?

2) Pouvez-vous m'expliquer en quoi consiste votre travail de manière générale ?

I. Thème 1 : Description du travail

- a. Pouvez-vous m'expliquer en quoi consiste votre travail en ciblant le retour à domicile en post-partum ?
- b. Qu'évoque pour vous le terme de « vulnérable » dans votre travail ? Ex : lorsque vous faites un suivi à domicile, quand considérez-vous qu'un binôme mère-enfant est dans une situation vulnérable ?
- c. Qu'utilisez-vous pour identifier ces couples et familles vulnérables ?
- d. Selon vous, qu'est-ce que votre travail apporte en positif ou négatif dans ces prises en charge ?

II. Thème 2 : Perception des prises en charge post-partum de binôme vulnérable

- a. *Dans le cas d'une famille/ binôme vulnérable (2 exemples concrets de vulnérabilité seront donnés)* Comment vous organisez-vous pour prendre en charge ces populations ?
- b. Avec qui travaillez-vous dans ces situations ?
- c. Comment percevez-vous la collaboration entre les différents intervenants quand une famille est vulnérable ?
- d. De quelle manière communiquez-vous avec les autres intervenants ?
- e. De manière générale, comment décririez-vous les facilités rencontrées ?
- f. De manière générale, comment décririez-vous les difficultés rencontrées ?
- g. Que pouvez-vous me dire sur la continuité du suivi de ces familles ?
- h. Que pouvez-vous me dire sur votre ressenti par rapport à ces prises en charge ?
- i. Pouvez-vous me parler d'un suivi qui vous a particulièrement marqué dans ces derniers mois ? (De manière positive et/ou négative.)

III. Thème 3 : Evolution

- a. Quels sont les changements que vous avez remarqués depuis la mise en place de la réforme en 2015 ?
- b. Comment pensez-vous que cela évoluera ?
- c. Pour vous, que faudrait-il mettre en place de manière générale ?
- d. Pour vous, que faudrait-il mettre en place de manière à cibler les populations vulnérables ?
- e. De quoi auriez-vous besoin pour le faire ?
- f. Vous avez quelque chose à ajouter ?

Annexe 2. Outil 2 : Situations fictives

Cas fictif inspiré des patientes vues de de décembre 2019 à janvier 2020.

1) Julie, 20 ans, citoyenne belge et actuellement sans emploi, elle bénéficie du revenu d'intégration sociale. Enceinte de son premier enfant, la découverte de la grossesse s'est fait tardivement à 16 semaines de grossesse, la patiente étant sous pilule contraceptive.

Elle détient un diplôme de l'enseignement primaire et effectue actuellement une formation en promotion sociale en coiffure.

A l'annonce de la grossesse, elle s'est disputée avec sa famille et a été recueillie par la famille du futur père (âgé de 20 ans) chez laquelle elle vit durant la grossesse. Le futur père est également en formation en carrosserie, il possède son diplôme de secondaire, et il vit avec ses parents, car il n'arrive pas à trouver un emploi stable.

Julie ne possède ni voiture, ni permis de conduire et se déplace essentiellement en transport en commun pour se présenter aux consultations prénatales qu'elle rate quelques fois et pour lesquelles le compagnon est rarement présent.

Durant la grossesse, elle continue de fumer du tabac. Elle accouche à 36 semaines et 3 jours d'un bébé pesant 2450gr. Sa belle-mère était présente à l'accouchement, mais pas son compagnon. Poussée par sa belle-mère, elle commence à allaiter, mais juste avant la sortie, elle décide d'arrêter. Durant le séjour à la maternité, le compagnon est peu présent, car il continue d'aller aux cours.

Julie retourne à la maison au bout de 3 jours, le bébé ayant tout juste 2300 gr.

2) Dahlia, 25 ans, mère de 3 enfants, elle est enceinte de son 4ème enfant. Elle est d'origine maghrébine et est arrivée en Belgique depuis presque 5 ans, avant la naissance de son 2ème enfant. Elle parle arabe et communique difficilement en français. C'est essentiellement par l'intermédiaire de son mari qu'elle communique. Elle ne travaille pas.

Durant les consultations prénatales, le mari parle à la place de son épouse, pose beaucoup de questions et exige d'être présent pour chaque examen. Apparemment, ils vivent avec les parents de Mr. qui accueillent également son frère et deux de ses enfants.

Le suivi prénatal se passe sans problème, même si c'est le mari qui répond à toutes les questions posées à Dahlia.

Lors de l'accouchement, Mr. exige que ce soit une femme qui s'occupe de Dahlia et part juste après l'accouchement parce qu'il est fatigué. Le premier après-midi, il amène les 3 premiers enfants de 6, 4 et 2 ans parce qu'il doit partir travailler et il n'y a personne pour garder les enfants. Dahlia allaite, mais semble exténuée. La visite de l'ONE a été refusée par Mr. à domicile.

Le mari et la belle-mère ayant entendu parlé des sorties au deuxième jour demandent sa sortie le lendemain, mais ils ne veulent pas de passage d'une sage-femme à domicile. Ils préfèrent revenir à l'hôpital ou aux permanences ONE pour les prises de sang et la pesée du bébé. Dahlia semble bien entourée par la famille et l'entourage et chaque visite y va de son conseil, surtout sur l'allaitement.

Annexe 3. Assurance et autorisation UCL-Saint LUC



ATTESTATION D'ASSURANCE

Ethias SA, rue des Croisiers n° 24 à Liège, certifie que par la police n° 45.399.955 souscrite par l'Université Catholique de Louvain, Place de l'Université, 1 à 1348 Louvain-la-Neuve, elle garantit, dans les limites des conditions générales et spéciales du contrat, conformément aux dispositions de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine telle que modifiée par la loi du 27 décembre 2005 et tous arrêtés royaux d'exécution qui seraient adoptés en application des dispositions précitées, la responsabilité civile qui pourrait incomber au promoteur de l'étude repris ci-dessous, du chef de dommages causés aux participants et/ou à leurs ayants droit dans le cadre de l'étude clinique suivante :

Titre de l'expérimentation : Analyse de la prise en charge des populations vulnérables lors du retour à domicile en post-martum au CHU Tivoli.

Promoteur : Aurora Chiêm

Etude :

☒ monocentrique

☐ multicentrique

En cas d'étude multicentrique, indiquer les différents sites : _____

Nombre de participants : 10

Durée de l'expérimentation : 01/01/2020 au 31/03/2020

☒ **CLASSE IA**

Etudes de cohortes (type prospectif ou rétrospectif): simples observations cliniques (volontaires sains). Observations cliniques de patients capables de donner leur consentement. Questionnaires à compléter par des patients. Etudes sur échantillon : urine, salive, sécrétions diverses sauf lorsque l'obtention de l'échantillon fait partie de l'expérimentation et nécessite des actes autres que le simple prélèvement externe. Expérimentations avec prise de sang par veine périphérique lorsque cette prise de sang aurait de toute façon dû être effectuée.

ETHIAS SA - rue des Croisiers 24 - 4000 LIÈGE - www.ethias.be - info@ethias.be
Entreprise d'assurances agréée sous le n° 0196 pour pratiquer toutes les branches d'assurances Non Vie, les assurances sur la vie, les assurances de nuptialité et de natalité (AR des 4 et 13 juillet 1979, MB du 14 juillet 1979) ainsi que les opérations de capitalisation (Décision CBFA du 9 janvier 2007, MB du 16 janvier 2007).
RPM Liège TVA BE 0404.484.654 - Compte Belfius Banque : BE72 0910 0078 4416 - BIC : GKCCBEBB

1154-Attestation_UCL - 11/18

COMITE D'ETHIQUE

Agrément N° 096
Agréation OM 037

Secrétariat : Tél. 32.64.27.72.42
Fax. 32.64.27.66.67
Courriel : ethique@chu-tivoli.be

A A. Chiem

La Louvière, le 17 janvier 2020.

Présidente :
Dr. A. Dussart

Vice-président :
Mr. D. Morez

Secrétaire :
Dr. V. de Brouckère

Membres :
Dr. E. Bartholomé
Mr. M. Delplace
Me. B. Fondu
Mme S. Jeanmart
Dr. J. Juanos Cabanas
Dr. D. Mathieu
Dr. J-P. Meurant
Mr. Pouliart
Dr. A. Van Onderbergen
Dr. N. Van Rompaey

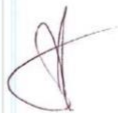
Membres Associés :
Mme C. Dermience
Mr. B. Gallez

**Secrétaire
Administrative :**
Mme C. Arend

Le comité d'éthique a examiné ce 16/01/2020, votre étude clinique N° 1313
intitulée :
TFE : Analyse de la prise en charge des populations vulnérables lors du
retour à domicile en post-partum au CHU Tivoli

Il estime que l'étude peut être réalisée.

Pour le Comité,



Dr. A. Dussart,
Présidente

Mr. D. Morez,
Vice-Président

Annexe 4 : Autorisation de la direction de l'institution



Centre Hospitalier Universitaire de Tivoli



Autorisation de recherche

Mademoiselle CHIEM Aurore, étudiante en dernière année de Master en Santé Publique à l'Université Catholique de Louvain, est autorisée à effectuer une recherche au sein du CHU Tivoli et auprès de ses travailleurs dans le cadre de son mémoire ayant pour titre provisoire « Analyse de la prise en charge des populations vulnérables lors du retour à domicile en post-partum au CHU Tivoli. » Les interviews se dérouleront normalement au cours de la période comprise entre janvier 2020 et mars 2020.

Elle sera supervisée dans son travail par Madame MAULET Nathalie, collaboratrice scientifique à l'UCL et chercheuse pour le département Recherche et Développement de l'ONE. Les recherches seront effectuées dans le respect du code de déontologie et d'éthique en vigueur au sein de l'établissement et dans le souci de préserver les intérêts des personnes y ayant participé.

Au terme du travail, une copie électronique pourra être transmise sur simple demande à l'institution.

Le présent document fait office d'autorisation officielle.

Fait le 17/01/19 à La Louvière


Françoise HAPPART
Directrice du Département Infirmier
CHU TIVOLI
7100 LA LOUVIERE

Avenue Max Busef, 34
7100 La Louvière
Tél : 064/27.61.11
Fax : 064/27.66.99
www.chu-tivoli.be



Annexe 5 : Autorisation de l'ONE



Sous le Haut Patronage de LL. MM. le Roi et la Reine

Bruxelles, le 12/02/2020

Madame CHIEM Aurore

Direction Recherches et Développement

Directrice : Geneviève Bazier
Correspondant : Nathalie Maulet
☎ : 02/542.13.81
nathalie.maulet@one.be

Concerne : Autorisation de recherche dans le cadre d'un mémoire

Madame Chiem,

L'ONE a le plaisir de donner une suite favorable à votre demande et d'autoriser la recherche ci-dessous :

« L'Analyse de la prise en charge des populations vulnérables lors du retour à domicile en post-partum au CHU Tivoli »

Cette recherche sera réalisée dans le cadre d'un mémoire de Master en Santé Publique à l'Université catholique de Louvain.

Le mémoire sera encadré par Nathalie Maulet (chercheuse DRD/ONE et collaboratrice scientifique à l'UCL).

Nous tenons à vous remercier vivement pour l'intérêt porté aux missions de l'ONE et vous prions de croire, Madame Chiem, en l'expression de nos salutations distinguées.

Geneviève Bazier
Directrice Recherches et Développement



Administration Centrale
Chaussée de Charleroi 95, 1060 Bruxelles • Tél : +32 (0)2 542 12 11 • Fax : +32 (0)2 542 12 51 • info@one.be
Belfius Banque : IBAN BE04 0910 0957 4131 - BIC GKCCBEBB

ONE.be/100ans



Annexe 6 : Autorisation du conseil scientifique du Hainaut

Avis du conseil scientifique  Boîte de réception x



Thérèse Sonck <th.sonck@pedi.be>

lun. 28 oct. 08:30 (il y a 3 jours) ☆ ↩ ⋮

À moi, nathalie.maulet@one.be, isabelle.dumont@one.be ▼

Bonjour

Le Conseil Scientifique du Hainaut a remis son avis sur votre demande en sa seance de ce 17 octobre (celui-ci a deja ete transmis oralement a la promotrice)

L'avis est tout à fait favorable, d'autant plus que cette étude s'inscrit dans, et complete, une recherche menée par la promotrice

Le conseil souhaiterait que les professionnels impliqués dans le prénatal fassent aussi partie des personnes interviewees et/ou participant au focus group

De même il serait intéressant d'interroger les usagers de ces services

Et d'inclure dans le focus group les intervenants extérieurs qui font partie du réseau

Il demande à l'étudiante de contacter madame Isabelle Dumont, coordinatrice accompagnement avant d'inclure des TMS dans la réflexion (0499 57 26 22)

Restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et intéressé de connaître les conclusions de ce travail, il vous le souhaite intéressant et fructueux

Dr Th Sonck, presidente

Annexe 7 : Consentement éclairé



Analyse de la prise en charge des populations vulnérables lors du retour à domicile en post-partum au CHU Tivoli.

Information sur la recherche

Vous êtes invité(e) à participer à une recherche sur la prise en charge des populations vulnérables lors du retour à domicile en post-partum. Cette fiche vous informe de l'objectif de notre recherche et vous explique en quoi consistera votre participation. N'hésitez pas à poser des questions supplémentaires. Pour participer à cette recherche, nous vous demandons de bien vouloir signer le consentement joint à ce document. Nous vous en remettrons une copie signée et datée.

1. Cadre de la recherche

Cette recherche est réalisée par Chiêm Aurore dans le cadre de son mémoire en Master en Santé Publique. La recherche s'intéresse à l'organisation des divers professionnels du secteur mère-enfant dans la prise en charge des cas spécifiques de vulnérabilité lors du retour à domicile et durant la période du post-partum. Nous entendons par « vulnérabilité » en périnatalité : « Construction multidimensionnelle concernant les (futurs) parents dans laquelle les facteurs de vulnérabilités (physiques, psychiques, sociaux, économiques et culturels) préexistants à la grossesse et/ou émergents pendant celle-ci convergent et sont susceptibles d'influencer négativement la naissance et la parentalité.»

2. Objectif de la recherche

L'objectif général de la recherche est de comprendre les interactions/ la collaboration/ les pratiques mises en place au CHU Tivoli pour le suivi post-partum à domicile des familles en situation de vulnérabilité.

Plus spécifiquement, la recherche étudiera :

- Le point de vue de divers intervenants dans le secteur mère-enfant
- L'expérience des professionnels lié à ses prises en charge en post-partum

Les résultats de la recherche permettront :

- de recueillir une vue d'ensemble des prises en charge;
- d'amorcer une réflexion participative des professionnels sur le travail en réseau/ la coordination / la collaboration;
- d'analyser les pratiques concernant les populations vulnérables et d'identifier des recommandations de bonne pratique.

3. Nature de la participation

Afin de récolter les données nécessaires, environ une dizaine de professionnel(le)s qui travaillent dans le secteur mère-enfant en lien avec le CHU Tivoli sont invité(e)s à participer à cette recherche.

La participation est volontaire et anonyme. Nous ne prenons pas votre nom. Il s'agit simplement d'un entretien individuel d'environ 1 heure pendant lequel nous vous poserons des questions sur votre expérience professionnelle. L'entretien ne pourra faire l'objet d'un enregistrement audio et/ou vidéo qu'avec votre autorisation. Toutes les données écrites audio ou vidéo seront anonymisées, confidentielles et ne seront conservées que le temps d'effectuer la recherche. L'encodage et le traitement des données seront faits uniquement par le mémorant qui les conserve sur un ordinateur sécurisé par un mot de passe. Le contact du Data Protection Officer est le Dr Philippe Lejeune, joignable si besoin à cette adresse : vieprivee@chu-tivoli.be.

4. Compensation

Votre participation à la recherche est volontaire et non rémunérée (gratuite). Votre participation à la recherche ne devrait pas comporter d'inconvénients significatifs, si ce n'est le fait de nous accorder un peu de votre temps.

5. Ethique et assurance

La recherche a été soumise au comité d'éthique du CHU Tivoli, institution avec laquelle se déroule la recherche, et à l'avis du conseil scientifique du Hainaut. La chercheuse a souscrit une assurance pour assumer même sans faute, la responsabilité du dommage causé au participant (ou à ses ayants droit) et lié de manière directe ou indirecte à la participation à cette étude. (Conformément à l'article 29 de la loi belge relative aux expérimentations sur la personne humaine du 7 mai 2004). (Ethias SA, N° 45.399.955, rue des Croisiers N° 24 à Liège)

6. Diffusion

La recherche se déroulera de janvier 2020 à septembre 2020. Une synthèse des résultats sera disponible /envoyée au participant /sur demande. La recherche et ses résultats seront publiquement présentés durant la défense du mémoire en fin d'année académique à la Faculté de Santé Publique de l'UCL.

7. Equipe de recherche

Pour toutes questions ou informations supplémentaires sur la recherche :

Chiêm Aurore- étudiante
aurore.chiem@student.uclouvain.be
Tel:0498/272064

Nathalie Maulet - Promoteur
nathalie.maulet@uclouvain.be–
02/542 13 81

Tel :



Analyse de la prise en charge des populations vulnérables lors du retour à domicile en post-partum au CHU Tivoli.

Consentement éclairé

1. Je soussigné(e)..... déclare avoir lu le document d'information et accepte de participer à la recherche.
2. J'ai reçu une explication concernant la nature, le but, la durée de la recherche et j'ai été informé(e) de ce qu'on attend de ma part. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions qui me sont venues à l'esprit et j'ai obtenu une réponse satisfaisante à mes questions. On m'a remis une copie de ce formulaire de consentement éclairé, signé et daté, précédé d'un résumé de l'objectif de la recherche.
3. Je suis libre de participer ou non à la recherche sans que cela n'entraîne aucun désavantage pour moi. Je suis libre de ne pas répondre à toutes les questions, d'abandonner ma participation à la recherche à tout moment sans qu'il soit nécessaire de justifier ma décision et sans que cela n'entraîne le moindre désavantage pour moi.
4. La réponse aux questions est libre et anonyme : les médecins, les sages-femmes et les travailleurs médico-sociaux ne seront pas informés de mes réponses. Le chercheur n'accèdera ni à mon dossier médical ni à mon dossier social. Mon nom ne sera indiqué sur aucun questionnaire ou autre document de recherche. Les réponses aux questionnaires et mes informations personnelles seront gardées confidentielles.
5. Les catégories de données qui seront utilisées dans le cadre de cette étude sont les réponses au questionnaire décrivant :
 - a. Mon âge- sexe – expérience professionnelle
 - b. Profession et études
 - c. Mon expérience en tant que professionnel.Ces données seront collectées lors d'un entretien individuel. Je consens au traitement de ces données personnelles et votre anonymat est garanti (voir annexes).
5. J'accepte que ces données fassent l'objet de traitements ultérieurs à des fins scientifiques, en relation directe avec les objectifs de la recherche mentionnés ci-dessus et en respectant les règles déontologiques de la communauté scientifique.
6. Les données seront conservées durant le temps nécessaire à leur analyse et protégées.
7. J'autorise que l'entretien soit enregistré au niveau audio. ☐ Oui ☐ Non (Cochez votre réponse)
8. Je consens de mon plein gré à participer à cette étude.

Nous vous remercions d'apposer votre signature ci-dessous.

.....
Signature du participant

.....
Date

Je confirme que j'ai expliqué l'objectif, la nature et la durée de la recherche mentionné ci-dessus.

.....

.....

Nom et signature du chercheur

Date

Annexe « Droits et protection du participant »

Comité d'Ethique

Cette étude a été évaluée par un Comité d'Ethique indépendant, à savoir le Comité d'Ethique Erasme-ULB, qui a émis un avis favorable. Les Comités d'Ethique ont pour tâche de protéger les personnes qui participent à une étude clinique. Ils s'assurent que vos droits en tant que patient et en tant que participant à une étude clinique sont respectés, qu'au vu des connaissances actuelles, la balance entre risques et bénéfices reste favorable aux participants, que l'étude est scientifiquement pertinente et éthique. En aucun cas vous ne devez prendre l'avis favorable du Comité d'Ethique comme une incitation à participer à cette étude.

Participation volontaire et coûts associés à votre participation

Avant de signer, n'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugez utiles. Prenez le temps d'en parler à une personne de confiance si vous le souhaitez.

Votre participation à l'étude est volontaire et doit rester libre de toute contrainte: ceci signifie que vous avez le droit de ne pas y participer ou de vous retirer sans justification même si vous aviez accepté préalablement d'y participer. Votre décision ne modifiera en rien vos relations avec l'investigateur.

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous signerez le formulaire de consentement éclairé. L'investigateur signera également ce formulaire et confirmera ainsi qu'il vous a fourni les informations nécessaires sur l'étude. Vous recevrez l'exemplaire qui vous est destiné.

Si vous décidez de participer à cette étude, ceci n'entraînera pas de frais pour vous ou votre organisme assureur.

Vous ne serez pas payé pour votre participation.

Garantie de confidentialité

Votre participation à l'étude signifie que vous acceptez que l'investigateur recueille des données vous concernant et les utilise dans un objectif de recherche.

Vous avez le droit de demander à l'investigateur quelles sont les données collectées à votre sujet et quelle est leur utilité dans le cadre de l'étude. Vous disposez d'un droit de regard sur ces données et le droit d'y apporter des rectifications au cas où elles seraient incorrectes¹⁴.

L'investigateur a un devoir de confidentialité vis à vis des données collectées.

Ceci veut dire qu'il s'engage non seulement à ne jamais divulguer votre nom dans le cadre d'une publication ou d'une conférence mais aussi qu'il prendra toutes les mesures indispensables à la protection de vos données (protection des documents sources, code d'identification, protection par mot de passe des bases de données créées)¹⁵. Les données personnelles collectées ne contiendront pas d'association d'éléments qui puissent permettre

14 Ces droits vous sont garantis par la loi du 8 décembre 1992 (amendée par la loi du 11 décembre 1998) suivie de la directive 95/46/CE du 24 octobre 2002 qui protège la vie privée et par les droits des patients définis par la loi du 22 août 2002.

15 En pratique, il constituera 2 bases de données différentes. L'une contiendra des données identifiantes comme vos nom, prénom, numéro de téléphone, numéro de dossier à l'hôpital et un code d'identification qu'il créera. L'investigateur ou un membre de son équipe seront les seuls détenteurs de cette première base de données. Votre code d'identification sera utilisé dans la 2^e base de données en regard de tous les résultats expérimentaux recueillis pendant votre participation à l'étude. Cette 2^e base de données peut être conservée indéfiniment. Ces 2 bases de données seront conservées séparément et seront protégées par un mot de passe. Si l'investigateur confie vos données pour traitement statistique, seule la seconde base de données sera confiée à cette tierce personne.

de malgré tout vous identifier¹⁶. L'investigateur et son équipe seront les seuls à pouvoir faire le lien entre les données de recherche et votre identité¹⁷.

L'investigateur / Le promoteur s'engage à utiliser les données collectées uniquement dans le cadre de l'étude à laquelle vous participez.

Si vous retirez votre consentement à participer à l'étude, afin de garantir la validité de la recherche, les données codées jusqu'au moment de votre interruption seront conservées. Aucune nouvelle donnée ne pourra être transmise au promoteur.

Assurance

Dans une étude observationnelle, le seul risque éventuel serait une faille dans les mesures prises pour protéger la confidentialité des renseignements à caractère privé vous concernant. Le promoteur assume, même sans faute, la responsabilité du dommage causé au participant (ou à ses ayants droit) et lié de manière directe ou indirecte à la participation à cette étude. Dans cette optique, le promoteur a souscrit un contrat d'assurance (Ethias SA, N° 45.399.955, rue des Croisiers N° 24 à Liège) ¹⁸.

¹⁶ La base de données contenant les résultats de l'étude ne contiendra donc pas d'association d'éléments comme vos initiales, votre sexe et votre date de naissance complète (jj/mm/aaaa).

¹⁷ L'intégrité dans la recherche scientifique suppose que les résultats d'une recherche puissent être vérifiés, même après publication des résultats. Il est recommandé de conserver le lien entre données de recherche et identité du participant au moins 5 ans après la publication des résultats. Pour les essais cliniques (études sur médicaments), la loi oblige à conserver ce lien durant 20 ans.

¹⁸ Conformément à l'article 29 de la loi belge relative aux expérimentations sur la personne humaine (7 mai 2004)

Annexe 8 : Extraits des entretiens

Inter 2 (ligne 361-407)

A : Et donc si on prenait par exemple n'importe laquelle des situations et qu'on enlevait « carrément le réseau », comment vous vous organiseriez, on en a déjà parlé, mais pour prendre un cas plus pratique ?

B : Ce serait différent d'une situation à l'autre. Ici, on voit vraiment que l'extérieur est tellement vécu dans la méfiance (2^{ème} situation) qu'il n'y a pas de contact possible et donc là ce serait plutôt : « Ben ok, vous voulez pas qu'on vienne à la maison... », parce que nous, c'est notre manière à nous de travailler, c'est de venir à la maison puisque (le téléphone sonne) ... On respecte maintenant à ce moment-là. On a plusieurs situations où ça a été compliqué d'aller à la maison, donc on a dit : « Ok, ben alors on vous voit ici, venez ! ». Et puis au bout d'un temps, la dame dit : « Vous pouvez venir maintenant. » Je pense que c'est partir de là, où les gens sont et de ce qu'ils sont capables d'accepter. Pas venir avec nos gros sabots en imposant notre manière à nous de travailler. Et toujours respecter le point de vue de l'autre et ce que lui, il peut supporter. Dans notre société, on a toujours une petite tendance à vouloir imposer notre point de vue, de notre vision à nous des choses. On n'y gagne rien. On n'y gagne absolument rien. C'est comment eux peuvent amener une petite ouverture à la fin.

C : Puis, on sent si ça a été, quelque chose, d'imposer, ça ne prend pas. On a porte close, on arrive, on n'est pas forcément bien accueilli ou on le sent tout de suite.

B : Le plus important dans les situations qu'on prend en charge nous, c'est la manière dont l'intervenant qui l'a avant nous, nous fait entrer dans la famille. Ça marche quand il y a déjà tout un travail qui a été fait au préalable et que quand la famille nous reçoit, elle est... c'est pas convaincue, elle est pleinement actrice de sa demande dans une demande d'aide. Ça marche pas quand la famille se sent quelque part « L'épée de Damoclès » au-dessus de la tête, dans « Vous devez accepter un service parce que sinon il y aura un signalement SAJ. » Et là, tu peux être sûr qu'on n'embraie pas. Donc, il y a vraiment tout un travail déjà de confiance et de tissage d'une confiance avant pour que, nous, on puisse après rentrer dedans, tu vois. Et nous, on continue le lien avec le signe alors pour qu'il y ait quelque chose de l'ordre d'un passage qui puisse...

C : Etre en confiance.

A : Une fois que vous avez suivies des personnes une première fois, c'est possible qu'à la seconde grossesse, on recommence ou... ?

B : Ça dépend des situations, cela ne nous est pas encore arrivé. Dans les situations qu'on a eues jusqu'à présent avec à Chrysalide, je crois qu'on ne les reprendrait pas parce qu'on est toutes arrivées à un processus où il y a suffisamment d'autonomie que pour se dire que ben voilà : « Peut-être qu'il n'y a plus besoin de nous. ».

A : Et quand il n'y a pas de demande du coup, là, quand les familles ne sont pas demandeuses, il n'y a pas d'intervention ?

B : Non, c'est seulement à la demande de la famille. D'ailleurs, on a des situations où..., j'en ai une en tête où tu sens que...

C : C'est entre les deux.

B : C'est entre les deux, c'est quand on arrive, porte close, sent qu'on s'investit pas dans le suivi donc là, on est venu carrément avec la question : « Mais est-ce que ça apporte quelque chose ? Est-ce que vous voyez l'utilité du fait qu'on vient à la maison ici ? Qu'est-ce que vous avez envie qu'on travaille avec vous ? » Du coup, elle a pu dire non, elle a pu dire non... Tu vois, elle a pu dire : « Non, ça ne me convient plus. » Et puis, bouf, elle rappelle et elle dit : « Tout compte fait oui ! ». Tu vois et je pense qu'il fallait aller jusque là, de dire l'autorisation de... Rien n'est obligé, j'ai l'autorisation de refuser, on l'accepte, il ne se passe rien et puis, finalement, je vais prendre. Quand on impose quelque chose, ça marche pas.

Inter 6 (ligne 216-153)

B : Non ! Les deux : ONE et sage-femme. Moi, je dirai pendant 8 jours, une sage-femme, qui aille bien tous les jours, un relais de l'ONE au 8^{ème} jour et puis, voir. C'est à elles de conjuguer aussi leurs missions. Et de toutes façons, bon maintenant, si la consultation des nourrissons n'est pas loin, qu'elle sait y aller à pied... demander à cette patiente qu'elle aille à la consultation des nourrissons au moins...dans certains villages, je crois que c'est encore toutes les semaines, je pense, parce qu'ils ont bien revu...

A : Ils sont en train de réaménager.

B : Ils sont en train de réaménager. Parfois, c'est possible que tous les 15 jours ce qui est dommage, mais bon, là où on peut encore aller toutes les semaines je pense que c'est bien d'aller toutes les semaines. Et aussi, pouvoir voir d'autres mamans, pourvoir discuter avec d'autres mamans, d'avoir l'expérience des autres mamans.

A : Ici, j'attends les intervenants assistante sociale, les sages-femmes, l'ONE et taxi social, il y aurait d'autres intervenants auxquels tu penserais ?

B : Ben, le médecin traitant aussi, si jamais, il y avait un souci quelconque. Médecin traitant, on sait vite y aller que ce soit pour bébé ou pour elle-même.

A : On entend beaucoup de collaboration entre les intervenants et comment tu perçois cette collaboration dans ce genre de prise en charge par exemple ?

B : Cette prise en charge, finalement, elle ne fait qu'un avec tous les intervenants. En fait, ils doivent collaborer les uns avec les autres. Faut que tout soit bien mis en place autour de cette famille.

A : Quand tu dis « bien mis en place », qu'est-ce que tu entends par là en fait ?

B : Que tout soit déjà bien juguler à la sortie, parce que c'est pas la maman qui va faire en sorte que tout soit bien mis en place autour d'elle.

A : Mais comment on met ça en place ?

B : (rire) En fait, je pense qu'il faut pouvoir déléguer les missions à chaque personne, déjà celles que nous, on peut rencontrer à l'hôpital, déjà déléguer des missions et puis, à la sage-femme libérale puisque nous, de toutes façons, nous, on a un 1^{er} contact avec elle, c'est à elle aussi à faire jouer ses...les intervenants qu'elle connaît.

A : Dans l'idéal des choses, ça doit être mis en place avant le séjour à la maternité ? A quels environs ?

B : Moi, je dirai... puisque de toutes façons, cette situation, elle perdure depuis un moment, si déjà, dès les premières séances prénatales. Avec un trajet de soins !

A : Un trajet de soins ?

B : Oui.

A : Quand tu parles de trajet de soins, il serait identique pour chacun ?

B : Non, il doit être personnalisé.

A : Tu peux développer le trajet de soins ?

B : Oui, parce que je suis en train d'en faire un ! (rire)

A : Parfait.

B : En fait, ben, il est déjà tout à fait différent d'une patiente vulnérable à une patiente, on va dire normale, parce que, pour les patientes normales, le paradigme est de rendre le patiente partenaire de ses soins. Il faut donc le rendre autonome aussi. Donc, l'itinéraire de soins pour ces patientes serait déjà... c'est juste une trame et à elles, de bien prendre les rendez-vous en suivant cette trame. Que les patientes vulnérables, moi, qui fais beaucoup de suivis de grossesse de patientes vulnérables, elles ont besoin justement d'être entourées et ce n'est pas à elles de prendre les rendez-vous. Je pense que c'est à la sage-femme à prendre les rendez-vous pour elles, pour être sûr justement que le rendez-vous est pris, qu'elle ira. Une patiente vulnérable ne prendra pas d'elle-même un rendez-vous.

A : Qu'est-ce qui pourrait l'en empêcher ?

B : Parce qu'elle n'a pas envie. Elle n'a pas envie, elle n'a pas envie qu'on s'immisce dans sa vie. Tout de suite, chez des patientes vulnérables, se posent les questions de savoir « Oui, mais si je rencontre telle personne, on risque de prendre mon bébé à la naissance. ». C'est toujours cette peur justement d'être cataloguée comme une mauvaise mère.

A : Et dans ces situations-là, qui est-ce qui pourrait ... j'essaie de formuler ma question... qu'est-ce qui pourrait aider à atténuer cette peur ?

B : Il faut premièrement, toujours la même sage-femme, je dirai en prénatale ou toujours le même gynécologue... Toujours voir les mêmes têtes en fait. Il ne faut pas multiplier : si elle a un gynécologue, c'est le même gynécologue et, de toutes façons, si, comme par exemple, on travaille beaucoup en binôme, qu'elle voit toujours la même sage-femme. Ça, moi, je trouve que ... Et qu'il y ait une affinité entre elle et la sage-femme aussi.

A : Par affinité, on peut dire confiance ?

B : Confiance, oui tout à fait. Moi, par exemple, quand, moi je suivais des grossesses vulnérables, elles ne voulaient voir que moi. Quand je les dirigeais vers Tivoli, si, par exemple, j'étais pas là, ben ça ne se passait pas bien.

Annexe 9 : Arbre thématique

Analyse de l'organisation des professionnels pour le post-partum à domicile chez les populations vulnérables

