



# Impact de la pandémie de la Covid-19 sur la prise en charge de la grossesse en Nouvelle-Aquitaine

Réorganisation de l'offre de soins prénataux et effets sur  
la qualité du suivi et du bien-être des femmes enceintes

Rapport final, juillet 2022

### **Autrices**

Marcela Benavides <sup>a,b</sup> ; Laurence Kotobi <sup>a,b</sup> ; Viviane Ramel <sup>b</sup> ; Ana Rivadeneyra-Sicilia <sup>b,c</sup>

<sup>a</sup> Faculté d'anthropologie sociale-ethnologie, Université de Bordeaux

<sup>b</sup> Centre Bordeaux Population Health, Inserm U1219, Université de Bordeaux

<sup>c</sup> Institut de santé publique d'épidémiologie et du développement, Université de Bordeaux

### **Financement**

Cette étude a été réalisée dans le cadre du projet « *Evaluation de l'impact sur la santé des mesures de gestion et de contrôle de la COVID-19 au Pays Basque et en Nouvelle-Aquitaine* », financé par l'appel à projets Euskampus Resilience COVID-19 lancé par la Fondation Euskampus en juin 2020.

### **Remerciements**

Nous tenons à remercier l'ensemble des personnes ayant contribué à cette étude en apportant leur expérience personnelle et/ou professionnelle, en particulier celles qui ont participé aux entretiens ou aux focus groups, pour avoir partagé leurs expériences avec nous.

### **Citation suggérée**

Benavides M, Kotobi L, Ramel V, Rivadeneyra-Sicilia A, *Impact de la pandémie de la Covid-19 sur la prise en charge de la grossesse en Nouvelle-Aquitaine. Réorganisation de l'offre de soins prénataux et effets sur la qualité du suivi et du bien-être des femmes enceintes*. Rapport final, juillet 2021.

## Table des matières

<b>1. Introduction</b> .....	<b>4</b>
<b>2. Objectifs</b> .....	<b>6</b>
<b>3. Méthodologie de l'étude</b> .....	<b>7</b>
3.1 Revue de la littérature.....	7
3.2 Etude qualitative .....	8
<b>4. Résultats</b> .....	<b>9</b>
4.1 Collecte et analyse des données de la littérature scientifique et grise .....	9
4.2 Collecte et analyse des nouvelles données d'enquête .....	9
4.3 Principaux résultats issus du croisement entre la littérature et l'étude qualitative.....	11
4.3.1 Impacts de la pandémie sur le bien-être psychosocial et sur les comportements en matière de santé des femmes enceintes .....	11
4.3.2 Impacts de la pandémie sur l'organisation des soins prénataux et sur la prise en charge de la grossesse.....	14
4.3.3 Vécus et appréciations des professionnels et des femmes enceintes au regard de la réorganisation du parcours prénatal et de son impact sur la qualité de soins prénataux .	19
<b>5. Constats et préconisations</b> .....	<b>25</b>
5.1 Une attention particulière aux mesures de réorganisation des soins prénataux.....	25
5.2 Un soutien psychologique et émotionnel plus nécessaire que jamais .....	27
5.3 Une communication à la hauteur des défis posés par un contexte pandémique .....	28
5.4 La téléconsultation, une alternative à moduler selon les besoins des femmes et des professionnels .....	29
5.5 Un risque toujours présent d'accroître les inégalités sociales de santé en matière de périnatalité.....	30
5.6 Un soutien nécessaire pour des professionnels dans un contexte assistanciel déjà sous tension.....	31
<b>Bibliographie</b> .....	<b>33</b>
<b>Annexe 1 - Guide d'entretien – Professionnels</b> .....	<b>37</b>
<b>Annexe 2 - Guide d'entretien - Femmes enceintes</b> .....	<b>38</b>

# 1. Introduction

La pandémie de Covid-19 a impacté la santé et le bien-être des femmes enceintes, à la fois directement par le risque de contracter la maladie, mais aussi indirectement en raison des conséquences de la réponse des pouvoirs publics pour contenir le risque d'infection, y compris les mesures de réorganisation des soins prénataux et d'autres services socio-sanitaires entourant la prise en charge de la grossesse.

Les femmes enceintes ont été identifiées comme une population vulnérable à la Covid-19 du fait des caractéristiques de la grossesse pouvant les exposer aux complications des infections virales (1,2). En effet, des études épidémiologiques menées depuis le début de la pandémie ont révélé que les femmes enceintes avec des symptômes de la Covid-19 ont un risque avéré de développer des formes graves de la maladie et des complications associées (3). D'autres études font état d'une augmentation des symptômes d'angoisse, de dépression et de détresse psychologique dus à des sources supplémentaires de stress dans un contexte pandémique : peur d'une transmission mère-enfant, isolement social, perte de revenus, augmentation de la demande de soins informels ou pics de violence intrafamiliale (4-9).

D'autres effets indirects ont été associés à la réorganisation générale de l'offre de soins afin de prioriser la prise en charge des patients atteints de formes sévères de Covid-19 et de minimiser le risque d'infection chez les professionnels et les usagers des soins. Dans le champ de la périnatalité, cette réorganisation a conduit à des restrictions d'accès aux établissements sanitaires avec l'annulation ou le report de consultations et d'examens non essentiels, notamment pour les grossesses à faible risque, ainsi qu'à des changements majeurs dans la manière dont les soins sont fournis (6, 10-11), y compris un recours accéléré à la télémédecine au lieu des consultations en face à face, en particulier lors des premières vagues pandémiques (12-15).

Ces adaptations, acceptables en tant que mesures provisoires en temps de pandémie, ont donné lieu à des restrictions sur des aspects auparavant reconnus, comme essentiels comme le suivi régulier et rapproché de la grossesse, l'offre de séances de préparation à la naissance et à la parentalité (SPNP) et la présence de l'accompagnant lors des consultations et des examens de routine. En outre, des changements récurrents dans la façon d'organiser le suivi ont parfois créé de la confusion ce qui, en plus de la crainte des effets inconnus du virus sur la santé de la mère et du nouveau-né, a résulté dans une moindre fréquentation des établissements de santé par les femmes. Tous ces changements ont pu accroître le risque de rupture de parcours, notamment chez les femmes plus éloignées des soins, ce qui a pu contribuer à perpétuer, voire exacerber, des inégalités préexistantes en matière de santé et d'accès aux soins périnataux.

Ces constats ont mis en évidence l'intérêt d'adosser aux études épidémiologiques des études relevant des sciences humaines et sociales, susceptibles d'apporter une

connaissance plus approfondie de la pandémie à partir des vécus, des points de vue et des appréciations des professionnels de la périnatalité et des femmes concernées. Il s'agit ainsi d'explorer ce que la pandémie et sa gestion par les pouvoirs publics ont eu comme impact, d'une part, sur la qualité et la continuité de prise en charge de la grossesse et, d'autre part, sur la santé et le bien-être des femmes enceintes, et cela, sous le prisme de l'équité.

L'étude présentée dans ce rapport répond à cet objectif. Avec un focus particulier sur la périnatalité, l'étude avait pour but d'identifier et de caractériser les effets de la pandémie et des mesures de réorganisation de soins périnataux sur la santé et le bien-être psychosocial des femmes enceintes dans les deux territoires de l'étude, le Pays Basque en Espagne et la Nouvelle-Aquitaine en France. Ce rapport porte sur les résultats concernant la région de Nouvelle-Aquitaine<sup>1</sup>.

Tout d'abord, nous présentons les objectifs de l'enquête et la méthode employée. Celle-ci comporte une revue de la littérature et une étude exploratoire par entretiens et focus groups avec des acteurs de la périnatalité et des femmes en cours de grossesse durant les deux premières vagues pandémiques en Nouvelle Aquitaine. Ensuite, le rapport détaille les principaux résultats de l'étude, en intégrant les données issues de la littérature et les constats émergeant de l'analyse des données d'entretiens et de *focus groups*. Sur la base de ces résultats, le rapport se conclut par une série de préconisations visant à éclairer la prise de décisions quant à l'organisation des soins prénataux face à de futures vagues pandémiques de COVID-19 ou à d'éventuelles futures crises sanitaires majeures.

---

<sup>1</sup> Une autre rapport en espagnol, *La atención sanitaria del embarazo y el parto en Euskadi durante la pandemia de la COVID-19. Cambios organizativos, impactos en el modelo de atención y efectos sobre el bienestar de las mujeres*, présente les résultats de l'étude qualitative menée dans le Pays Basque. Rapport accessible en ligne: [www.ehu.eus/opik/working-papers](http://www.ehu.eus/opik/working-papers)

## 2. Objectifs

L'objectif général de l'étude était d'identifier les impacts de la pandémie de Covid-19 et des mesures de réorganisation des soins prénataux sur la santé psychosociale et sur l'accès aux soins prénataux des femmes enceintes durant les deux premiers confinements, entre mars et décembre 2021. Elle visait aussi à identifier des apprentissages et des pratiques inspirantes pour une prise en charge globale de la grossesse en contexte pandémique à partir de deux aspects encore peu étudiés en France : la santé numérique et l'équité en santé.

Pour ce faire, les objectifs spécifiques de l'étude étaient de :

- Identifier les constats issus de la littérature quant aux effets de la pandémie et à la réorganisation des soins prénataux sur la santé mentale et le bien-être psychosocial des femmes enceintes, avec un accent particulier sur l'équité en santé et le recours à la télémédecine.
- Décrire les changements intervenus dans le processus de soins prénataux en Nouvelle Aquitaine en fonction des protocoles sanitaires établis pendant la pandémie.
- Comprendre les expériences et les ressentis des femmes enceintes, leur accès et leurs pratiques de recours aux soins, ainsi que leurs besoins et attentes en matière de santé prénatale en fonction de leurs différents contextes socio-économiques.
- Connaître les vécus et les avis des professionnels de la périnatalité, notamment des sage-femmes hospitalières et en ville, sur la réorganisation des soins prénataux et ses effets sur l'accès, la qualité et l'équité des soins prodigués.

## 3. Méthodologie de l'étude

### 3.1 Revue de la littérature

*Scoping review* (16) visant à obtenir une vue d'ensemble des impacts directs et indirects de la pandémie de Covid-19 sur la santé mentale et le bien-être psychosocial des femmes enceintes. Critères de sélection :

- revues de littérature ou articles originaux publiés en anglais, en français ou en espagnol entre mars 2020 et juin 2021 ;
- rapportant des données d'enquêtes quantitatives ou qualitatives ;
- menés dans des pays ou des régions avec des contextes d'organisation des soins proches de ceux rencontrés en France.

Les lettres, commentaires ou résumés de congrès ont été exclus de la révision, ainsi que les articles décrivant des protocoles de prise en charge de la grossesse ou des résultats d'études cliniques sur les effets de la Covid-19 sur la santé physique de la mère et/ou du nouveau-né.

*Bases de données consultées* : PubMed et Scopus en utilisant différentes combinaisons de termes MeSH associés à la COVID-19 (*Coronavirus, Maternal Health Service, Pregnant women, Prenatal care, Mental health, Telemedicine*) et complétées par des recherches plus larges incluant, dans le titre et le résumé, les termes suivants : *Mental health, Telehealth, Review, Qualitative, Pregnant, Midwife*. Des opérateurs logiques " AND " et " OR " ont été utilisés pour combiner les différents mots clés et les termes MeSH mobilisés. Les résultats obtenus ont été affinés à l'aide de filtres en fonction de la base de données consultée et des objectifs de la révision.

Un processus d'extraction des données a été, par la suite, entrepris à l'aide d'une grille de lecture permettant de compiler toutes les informations pertinentes sur les points suivants :

- Titre, auteurs, année de publication, pays/région étudiés, population, type d'étude, objectifs ;
- Mesures de réorganisation des soins prénataux, y compris recours à la télémédecine ;
- Impacts de la pandémie et de la réorganisation des soins sur la santé mentale des femmes enceintes et des groupes principalement affectés ;
- Stratégies mises en œuvre par les femmes enceintes et par les professionnels les accueillant pour faire face aux défis rencontrés.

## 3.2 Etude qualitative

*Design de l'étude* : étude exploratoire par entretiens et *focus groups* auprès d'acteurs de la périnatalité et des femmes enceintes entre mars et décembre 2021 dans le département de la Gironde en Nouvelle Aquitaine.

*Techniques de collecte* :

- Entretiens exploratoires avec des coordinateurs et des chargés de mission en matière de périnatalité et de télémédecine, aux niveaux régional et départemental, afin de comprendre comment les directives et les recommandations nationales portant sur la prise en charge de la grossesse durant la pandémie ont été appliquées et adaptées aux spécificités du territoire de l'étude.
- Entretiens semi-directifs auprès d'un échantillon diversifié de sage-femmes exerçant en Gironde et incluant des professionnels au sein d'établissements hospitaliers et en soins de ville, afin de recueillir leurs appréciations sur les mesures de réorganisation du parcours prénatal et leur impact sur la qualité des soins prodigués.
- Entretiens et focus groups avec des femmes enceintes résidant dans l'agglomération bordelaise et incluant des femmes issues de la population générale et des femmes en situation de vulnérabilité, notamment des femmes étrangères isolées et/ou en situation irrégulière. Il s'agissait de recueillir leurs récits autour du vécu de la grossesse, de leurs pratiques de recours aux soins et de leurs besoins et attentes en matière de santé prénatale dans le contexte de la Covid-19.

La collecte de données a été réalisée à l'aide des guides d'entretien et d'animation de *focus group* suivant les objectifs de l'étude et les profils des personnes à rencontrer (voir annexes). Les guides ont été construits à partir d'une approche déductive, sur la base de la littérature mais également avec une ouverture aux nouvelles pistes émergeant du terrain et permettant, le cas échéant, d'identifier et d'approfondir d'autres aspects spécifiques au contexte régional et local de l'étude.



## 4. Résultats

### 4.1 Collecte et analyse des données de la littérature scientifique et grise

Un total de 105 articles a été identifié dans les bases bibliographiques utilisées. Après examen des titres et résumés, 41 articles ont été inclus. À la lecture du texte intégral, 18 ont été exclus, ce qui a conduit à une sélection finale de 23 articles. Une recherche manuelle dans la bibliographie des articles retenus a complété cette sélection initiale. Au final, 46 articles ont répondu aux objectifs de la révision et ont été retenus pour analyse et synthèse thématique suivant les objectifs de la révision.

Ces résultats ont été complétés par une recherche documentaire visant à répertorier et à décrire l'ensemble des mesures d'adaptation du parcours prénatal en France, y compris le recours à la télémédecine. Il s'agissait de comprendre les changements apportés à l'organisation et à l'offre de soins en vue de mieux cibler les enjeux propres au contexte national et régional lors des entretiens et des *focus groups*. Les documents révisés incluaient, notamment, des recommandations, des protocoles de soins et des fiches informatives mis à disposition par les autorités sanitaires et des sociétés savantes<sup>2</sup> au fil de la pandémie.

### 4.2 Collecte et analyse des nouvelles données d'enquête

Un total de 31 personnes a participé à l'étude qualitative. La collecte des données s'est déroulée entre juin et octobre 2021 et a été complétée en mars 2022 avec la réalisation de trois entretiens (deux femmes et une sage-femme) qui n'avaient pas pu être réalisés auparavant.

Un total de huit acteurs régionaux et départementaux de l'agence régionale de santé (ARS), du service de protection maternelle et infantile (PMI) et du Réseau Santé Périnatalité Nouvelle-Aquitaine (RSPNA) ont été rencontrés en entretiens exploratoires. En outre, ont été menés sept entretiens semi-directifs auprès de sage-femmes exerçant en milieu hospitalier, en PMI et en cabinet libéral. Enfin, un entretien de groupe a été mené auprès de trois étudiantes sage-femme en 4<sup>ème</sup> année ayant effectué leur stage en cabinet libéral.

Six entretiens individuels semi-directifs ont aussi été réalisés auprès de femmes enceintes durant le premier ou le deuxième confinement ainsi que deux *focus groups*, avec un total de neuf participantes. La plupart des femmes rencontrées étaient primipares et seules trois d'entre elles avaient déjà un ou deux enfants. En dépit des contraintes imposées par la crise sanitaire, les entretiens se sont déroulés en face à face,

---

<sup>2</sup> Documentation diffusée sur les sites web du Ministère des solidarités et de la santé, de la HAS, du HCSP, du Collège national des gynécologues et du Collège national des sage-femmes.

excepté quatre menés en visioconférence. En revanche, les deux *focus groups* ont été conduits en visioconférence pour s'adapter aux besoins des femmes sollicitées.

Le recrutement des femmes s'est fait à travers d'une méthode dite « de boule de neige » à partir des contacts fournis par les acteurs interviewés à l'ARS-NA et au service départemental de la PMI en Gironde, par les sages-femmes vues en entretien et par les réseaux des membres de l'équipe de recherche responsable de l'étude<sup>3</sup>.

### Echantillon des personnes rencontrées en entretien et focus groups

A. Acteurs régionaux / départementaux et professionnels de la périnatalité	
<b>8 Entretiens exploratoires</b> avec les coordinateurs/trices et chargés/ées de mission à l'ARS, à la PMI et au RPNA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cheffe de projet périnatalité ARS</li> <li>- Chargée mission systèmes d'information/ télémédecine ARS</li> <li>- Coordinatrice - Conseillère technique PMI</li> <li>- Directrice PMI</li> <li>- Coordinatrice médicale RPNA</li> <li>- Coordinatrice administrative RPNA</li> <li>- 2 sage-femmes du territoire RPNA</li> </ul>
<b>7 Entretiens semi-directifs</b> Sages-femmes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 en milieu hospitalier (maternité CHU, PASS, HAD)</li> <li>- 3 en centres d'accueil PMI</li> <li>- 1 sage-femme libérale</li> </ul>
<b>1 entretien de groupe</b> Etudiantes sages-femmes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 étudiantes en 4<sup>ème</sup> année (stage en milieu libéral)</li> </ul>
B. Femmes enceintes durant le premier et le deuxième confinement	
<b>6 entretiens semi-directifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 étudiantes étrangères (dont 1 en résidence sociale)</li> <li>- 3 femmes étrangères (dont 1 en résidence sociale)</li> <li>- 1 femme française (population générale)</li> </ul>
<b>2 Focus groups</b> (9 femmes)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 FG population générale (5 participantes)</li> <li>- 1 FG étudiantes universitaires (4 participantes)</li> </ul>

La collecte des données a été précédée d'une information sur les règles déontologiques de respect de l'anonymat et de la confidentialité. Les personnes rencontrées ont donné leur accord oral de participation à l'étude. Ces règles ont été rappelées au début de chaque entretien et *focus group*.

Les entretiens ont duré en moyenne une heure et demie et les *focus groups* une heure et demie et une heure et quarante-cinq minutes, respectivement. Les échanges ont été enregistrés et intégralement retranscrits. Ils ont tous été menés en langue française sauf l'un des entretiens avec une femme enceinte, réalisé en anglais. Une analyse thématique de contenus (17-18) a été effectuée en procédant au codage, au regroupement en catégories thématiques et à l'examen discursif des récits recueillis. Des nouveaux thèmes émergeant de l'analyse ont été incorporés lorsque cela était pertinent.

<sup>3</sup> Master 2 Santé, Migrations, Médiations - Université de Bordeaux ; Médecins du Monde Aquitaine.

### 4.3 Principaux résultats issus du croisement entre la littérature et l'étude qualitative

L'ensemble du corpus de données recueillies (littérature et étude qualitative) a fait l'objet d'une analyse thématique et d'une synthèse narrative autour de trois grands thèmes en consonance avec les objectifs de l'étude :

1. Impacts de la pandémie sur le bien-être psycho-social et sur les comportements en matière de santé des femmes enceintes
2. Impacts de la pandémie sur l'organisation de soins prénataux et sur la prise en charge de la grossesse
3. Vécus et appréciations des professionnels et des femmes enceintes au regard de la réorganisation des soins et de son impact sur la qualité des soins prénataux.

#### *4.3.1 Impacts de la pandémie sur le bien-être psychosocial et sur les comportements en matière de santé des femmes enceintes*

##### *Effets sur la santé psychosociale et le bien-être*

Des études menées lors des pandémies précédentes ont montré que les femmes enceintes sont susceptibles de développer davantage de symptômes de détresse psychologique, d'anxiété et de dépression en raison d'un accès restreint aux soins, de situations de solitude et d'isolement et de sentiments d'incertitude quant à leur santé et celle du nouveau-né (19-20). Il est donc probable que se produisent des effets similaires en lien avec la crise sociale et sanitaire due à la Covid-19 et la réponse déployée par les pouvoirs publics.

En effet, des études menées depuis le début de la pandémie font état d'une intensification des symptômes d'anxiété et de détresse psychologique chez les femmes enceintes (4-5), voire d'une augmentation significative par rapport à des cohortes similaires avant la pandémie (21-22). Des états d'angoisse et de dépression ont ainsi été reportés en lien avec leur peur de contracter l'infection pour elles-mêmes ou pour leurs proches (4, 23-24 ; Fe6) et de la transmettre au nouveau-né lors de l'accouchement ou lors du séjour en maternité en suites de couches (5-7, 23-24 ; Fe5). Ces craintes ont été particulièrement exprimées par rapport au premier confinement quand les informations disponibles étaient moins claires (EE3, EE4, SfH1, SfPMI2, SfE, FG1, Fe2, Fe3, Fe5). La peur de ne pas recevoir les soins nécessaires dans un contexte de restrictions sanitaires semble avoir exacerbé ces états de stress et d'angoisse (6-7), notamment chez les femmes les plus angoissées par leur situation personnelle ou avec une grossesse pathologique (SfL, FG1). Pour beaucoup de femmes, la pandémie a suscité le passage de la joie d'être enceinte à un sentiment de frustration et d'angoisse, avec une expérience très éloignée de ce qu'elles avaient imaginé (25-27 ; FG1, SfE, Fe5, Fe2)

Les mesures de contention décrétées par les pouvoirs publics ont souvent été vécues comme des sources supplémentaires de détresse émotionnelle. Des cas aggravés de dépression, d'anxiété et de stress ont ainsi été associés à des situations de solitude et d'isolement durant les confinements successifs (4, 6, 28 ; EE5, EE7, Fe6, FG1, SfE, Fe3 ). Ces situations ont été particulièrement anxiogènes chez des femmes plus isolées ou des femmes étrangères privées de liens familiaux et de réseaux amicaux (SfE; Fe2 ; Fe3, Fe4, Fe5).

Le manque d'informations sur la manière dont la grossesse et le nouveau-né pouvaient être affectés par le coronavirus, le flux continu dans les médias relatif au nombre croissant d'infections, de cas graves et de décès associés à la Covid-19 et les fausses informations (*fake news*) diffusées au sein des réseaux sociaux sont venus exacerber ces niveaux d'anxiété et de stress des femmes enceintes (5, 26, 29–31 ; SfPMI1, Fe2, Fe6). Certains soignants ont fait le lien entre une surexposition aux informations anxiogènes et une augmentation des cas psychiatriques lourds, notamment chez les femmes plus fragiles (SfH3). En outre, des femmes multipares ou avec d'autres obligations familiales ont dû se confronter à l'augmentation de la demande de soins informels, en raison de la fermeture des écoles et des dispositifs de prise en charge des personnes dépendantes, ce qui a été vécu comme une source de stress supplémentaire (32 ; SfPMI1).

Les effets délétères de la pandémie et des mesures de contention associées ont été particulièrement sévères chez des femmes en situation de vulnérabilité confrontées à des situations aggravées en raison d'une perte de revenus et d'une rupture des dispositifs d'aide sociale et de soutien communautaire (5-6, 33 ; SfH1, SfPMI1, SfH2, SfPMI2, SfPMI3, EE7). L'élimination de la prise en charge physique au niveau des guichets d'aide sociale a été une contrainte supplémentaire pour des femmes confrontées à la barrière de la langue ou ayant des forfaits téléphoniques limités (ENT-SF Hosp2, SfPMI3). Ceci étant dit, dans certains contextes, les femmes en grande précarité ont pu trouver de solutions aux besoins essentiels (aide alimentaire, vêtements, produits d'hygiène, logement...) parce que le fait d'être enceinte été retenu comme un critère d'attention prioritaire de la part des dispositifs d'aide sociale pendant la pandémie (34 ; SfPMI1, SfPMI3, Fe4, Fe5).

Cependant, les niveaux de stress et d'angoisse ont diminué au fur et à mesure de la baisse de l'incidence et de la reprise de la vie quotidienne. Il faut aussi noter que, dans des contextes moins touchés par la pandémie, sauf pour les grossesses complexes, les effets délétères de la pandémie sur l'état psychique des femmes sembleraient plus mitigés. Les femmes bien entourées, elles-mêmes auto-confinées et coupées de tout contact avec l'extérieur, se sont senties plutôt à l'abri et moins concernées par le risque d'infection (SfH1, SfPMI1, SfH3, SfE, EE8, Fe6, SfE). Enfin, chez des femmes en grand précarité, avec des parcours de vie assez complexes, le risque d'infection n'a pas nécessairement fait partie de leurs préoccupations principales durant la pandémie (SfPMI2, Fe5).

### Effets sur les comportements et les modes de vie en lien avec la santé

Les situations d'isolement et l'absence de soutien familial ont conduit les femmes à adapter leurs comportements et leurs modes de vie aux nouveaux défis amenés par la pandémie. Elles se sont perçues comme plus obsessionnelles dans leurs pensées, ce qui s'est manifesté par la désinfection répétée des surfaces et des produits frais consommés à la maison, par le lavage fréquent des mains et par une sensibilité exacerbée au regard des règles d'hygiène et du distancement physique (31, 33 ; FG1, Fe2, Fe3). D'autres comportements documentés incluent l'auto-confinement strict et l'évitement des lieux fréquentés, comme les supermarchés et les transports en commun (6, 30, 32 ; FG1, SfE, Fe2). S'agissant des comportements souvent renforcés par la pression familiale, ce sont les femmes vivant dans des conditions de promiscuité et sans espace extérieur qui ont le plus souffert. Certaines se sont montrées particulièrement attentives à éviter toute situation de stress avec leur couple pendant les confinements successifs (Fe3, Fe6).

Des changements d'habitudes de consommation ont été également reportés, notamment pendant la première vague pandémique. Ces changements ont consisté à s'abstenir de se procurer des aliments en vrac, des repas préparés et certains fruits et légumes, et à consommer davantage d'aliments cuits (30). D'autres études font état d'une réduction de l'activité physique en raison des restrictions de mobilité (35), alors que l'exercice physique est identifié comme un facteur protecteur face aux symptômes d'anxiété chez la femme enceinte (5). En revanche, certaines femmes déclarent avoir augmenté leur pratique d'activité physique en intérieur ainsi que des promenades courtes autour du domicile, dès qu'elles y ont été autorisées (FG1, SfE, Fe2, Fe5). D'autres activités rapportées tournent autour de la lecture, de la musique, de la réalisation des tâches ménagères et, notamment, des échanges fréquents avec la famille et les amis par téléphone ou à travers des réseaux sociaux, WhatsApp ou zoom (Fe6, SfE, Fe2, Fe3, Fe5).

Dans un contexte d'incertitude quant aux risques liés au virus, les femmes ont essayé de se tenir au courant en effectuant des recherches sur Internet plutôt que dans les médias, perçus comme particulièrement anxiogènes durant les périodes les plus dures de la pandémie (FG1, FG2, Fe3). Les autres sources d'information ont été les appels téléphoniques aux soignants ou les échanges avec des amis et la famille sur les risques à éviter (26, 30 ; FG1). Enfin, les rencontres virtuelles et l'échange d'informations à travers des groupes WhatsApp et les réseaux sociaux ont été des ressources clé, pas uniquement pour rompre l'isolement, mais aussi pour pallier ce manque d'information (26, 31 ; FG1).

Enfin, des pics de violence conjugale ont été documentés lors des confinements, quand les familles ont dû passer de longues périodes enfermées dans des conditions d'exiguïté, avec une rupture des liens sociaux et une perturbation des moyens de subsistance (6, 8-9, 36 ; SfPMI3). L'accès restreint aux dispositifs d'alerte, d'aide sociale et de protection a rendu plus difficile le repérage des cas de violence et l'offre de soutien adéquat aux femmes

concernées (8-9). Certains professionnels ont aussi constaté des difficultés à repérer des situations de risque en raison des restrictions imposées à la présence du conjoint lors de consultations de routine ainsi qu'à la réduction des consultations en présentiel et des visites au domicile (EE3, Sf PMI3).

#### *4.3.2 Impacts de la pandémie sur l'organisation des soins prénataux et sur la prise en charge de la grossesse*

La crise sanitaire due à la Covid-19 a conduit à une réorganisation des soins en vue de prioriser des patients souffrant des effets aigus de la maladie et à minimiser le risque d'infection pour les patients et les professionnels sanitaires. Dans le champ des soins prénataux, cette réorganisation s'est traduite notamment par des restrictions d'accès aux établissements hospitaliers, par une réorganisation des protocoles de prise en charge et par une accélération du recours à la télémédecine pour le suivi des grossesses à bas risque. Sont décrites ci-après les principales mesures documentées dans la littérature révisée, complétées, le cas échéant, par celles mises en œuvre dans la région Nouvelle-Aquitaine.

##### *Restrictions des conditions d'accès aux maternités*

Comme lors des pandémies précédentes (37), la gestion de la Covid-19 a imposé des restrictions d'accès aux établissements participant au suivi de la grossesse et l'interruption temporelle de certains soins non essentiels (6, 10–11, 38 ; EE3). Des prestations, telles que des interventions gynécologiques électives, des traitements d'infertilité et des procédures d'IVG, ont été retardées ou annulées en début de pandémie (38 ; SfPMI3). En général, et davantage dans des contextes particulièrement touchés par le coronavirus, le suivi de grossesses à bas risque dans les maternités hospitalières a été transféré aux cliniques spécialisées et à des sages-femmes libérales afin de désengorger les hôpitaux, de laisser la place aux patients atteints de la Covid-19 et de réduire le risque d'exposition des femmes enceintes (10, 38 ; EE1, EE4, EE6, Sf PMI3). Pour certains professionnels, ces ajustements ont pu amener un moins bon suivi pour des grossesses pathologiques reprogrammées en ville qui lors de périodes hors pandémie, auraient été suivies en milieu hospitalier (SfPMI3).

Pour les consultations de routine, la gestion de rendez-vous a été basculée en distanciel, que ce soit par téléphone ou sur internet (10, 12 ; SfPMI3). Un dépistage des symptômes de la COVID-19 a été introduit à l'entrée dans les établissements hospitaliers via un questionnaire ou une prise systématique de température (SfH1, SfPMI3) et, en cas de suspicion d'infection, le rendez-vous a été reporté de quatorze jours ou adressé vers un autre centre spécialisé (30, 11, 38). Les espaces physiques d'accueil ont été réaménagés, parfois avec l'élimination des salles d'attente, afin d'assurer les distances de sécurité et de réduire ainsi le risque de transmission chez les femmes enceintes (10, 38 ; EE3, SfH2, SfPMI1, SfPMI3).

Des hotlines institutionnelles et des consultations téléphoniques ont été déployées en vue de répondre aux urgences, de fournir des informations au sujet de la pandémie et de la réorganisation du parcours prénatal et d'éviter des déplacements non justifiés dans les établissements de soin (14-15, 38). En cas d'urgence, une téléconsultation par téléphone ou par visioconférence a été introduite au préalable pour s'assurer de son caractère indispensable (10 ; EE2, SfH3). Dans certains contextes, des formes alternatives de prise en charge comme les consultations de type *drive-through* ont été déployées afin de permettre aux femmes de se faire contrôler (prise de température, mesure de la pression sanguine et du rythme cardiaque fœtal) sans besoin de sortir de leur voiture (10).

#### Réorganisation des protocoles de prise en charge de la grossesse

En général, plutôt qu'une modification substantielle du protocole de suivi, les consultations se sont recentrées sur des aspects strictement médicaux de la grossesse. L'offre de visite en présentiel lors des premières vagues pandémiques a été réduite aux consultations essentielles (39-40 ; SfPMI1, SfL, SfE). A également été aussi rapportée une moindre fréquence des rendez-vous et la bascule des consultations à bas risque vers la télésanté, alors que le suivi à domicile a été, en général, maintenu pour les grossesses pathologiques (6, 10, 14, 26, 38, 41 ; SfH2, SfE, SfL, SfPMI3). En Nouvelle-Aquitaine, moins touchée par la pandémie, les consultations de la PMI ou en cabinets libéraux ont été maintenues ou ont assez vite repris (EE3, EE42, SfH1, SfPMI3). De même, les sages-femmes libérales se sont rapidement organisées afin de reprendre les visites à domicile des cas complexes (SfPMI2, SfL, SfE, SfPMI3).

Tout ce qui ne relevait pas du suivi médical, à savoir l'entretien prénatal précoce, les consultations en psychiatrie ou psychologie périnatale et les séances de conseil, de soutien psychosocial et les SPNP ont été reportés ou transférés vers des modes de consultation à distance, par vidéoconférence ou en entretien téléphonique (12, 14 ; EE4, SfH1, SfH3, SfPMI1, SfPMI2, SfL, SfE, EE7, SfPMI3). En même temps, les sage-femmes libérales disposant de locaux adaptés ont repris les SPNP en présentiel dès qu'elles y ont été autorisées, en respectant les protocoles de sécurité et en réduisant le nombre de femmes présentes et la durée des séances (SfL, SfE).

Pour les consultations maintenues en présentiel ou progressivement reprises, le port du masque et les protocoles sanitaires (distance de sécurité, désinfection des surfaces, aération des pièces...) ont été systématiquement assurés (11, 38 ; EE3, SfH1, SfH2, SfPMI1, SfL, SfE, SfPMI3). Le nombre de femmes vues par jour a été réduit et la durée des consultations raccourcie afin de compenser le temps dédié aux protocoles sanitaires avant, pendant et après chaque consultation (32 ; SfL, SfE, EE7). Certains établissements ont opté pour la réalisation de plusieurs examens lors d'un même rendez-vous, une pratique qui, associée au recours aux technologies numériques (WhatsApp, courriel) pour l'envoi

d'ordonnances et de résultats d'examens, a permis de maximiser le temps de consultation et de revoir la fréquence de certains rendez-vous (4, 20 ; EE3, SfL, SfPMI3).

Des difficultés d'accès aux échographies ont été documentées en début de pandémie en lien avec la fermeture des cabinets spécialisés (30 ; SfH2, SFPMI1, SfPMI3). En Nouvelle-Aquitaine, certains professionnels ont également signalé des difficultés d'accès à certains examens, tels que le contrôle du diabète gestationnel au sixième mois, en raison des limites de capacité d'accueil des laboratoires dans des conditions de sécurité (SfL, SfPMI3).

Des restrictions à la présence d'un accompagnant ont été généralisées, notamment lors des premiers confinements, aussi bien en consultation de routine que pour la réalisation d'échographies (30, 38 ; EE3, SfH1, SfPMI3). En Nouvelle-Aquitaine, durant les périodes de moindre circulation du virus, certains professionnels ont autorisé la présence de l'accompagnant assez tôt, tout en assurant le respect du protocole sanitaire et notamment lors qu'il s'agissait de femmes isolées ou sans solution de garde d'enfants (SfH2, SfPMI3).

Toujours en Nouvelle-Aquitaine, des dispositifs recevant des femmes en situation de précarité ont déployé des mesures spécifiques en vue d'assurer la continuité des soins. Ces mesures incluaient des consultations en présentiel et des visites à domicile pour les cas complexes ainsi que des appels téléphoniques réguliers pour prendre des nouvelles de ces femmes, nouer des liens de confiance avec elles et s'assurer de leur présence aux visites programmées (EE3, EE4, SfH2, SfPMI1). Dans certains établissements, les sages-femmes ont facilité le relais vers des services d'aide sociale par un contact téléphonique préalable ou en accompagnant les femmes sur les lieux d'accueil (EE3, EE4, SfH1, SfPMI1). Le renforcement des équipes socio-sanitaires « d'aller vers » (PASS mobiles) a permis aux femmes résidant en squats et bidonvilles de bénéficier d'actions de veille les transférant vers les services hospitaliers (SfH2). Si ces mesures d'urgence ont permis de garantir la continuité des soins, il semblerait cependant qu'elles n'ont pas pu fonctionner, ou pas dans les délais appropriés, pour les femmes les plus éloignées des dispositifs de soins ou non suivies en amont de la pandémie (SfPMI1, SfH2).

#### Recours à la télémédecine

La crise de la Covid-19 a accéléré l'utilisation de la télémédecine, notamment dans les contextes sanitaires où elle était déjà présente, permettant aux soignants de se familiariser avec les technologies numériques et les modes de prise en charge associés. Le recours à la télémédecine s'est révélé être une stratégie efficace pour maintenir la continuité des soins et l'accompagnement des femmes enceintes dans un contexte de fortes de restrictions sanitaires (10, 12, 14, 42-43 ; EE2, EE3). De ce fait, les téléconsultations ont assuré la réalisation de certains soins qui n'auraient pas été faits en présentiel ainsi qu'une première réponse aux situations d'urgence, tout en évitant des retards (ENT-Réf télémédecine).



Comme évoqué précédemment, le suivi en distanciel a été privilégié pour des grossesses à bas risque (6, 10, 14, 38, 41, 44) et pour l'offre de consultations non médicales, telles que l'entretien prénatal précoce, les séances de préparation à la naissance et le soutien psychologique (10, 14, 42 ; SfPMI2, SFL, SfE). En Nouvelle-Aquitaine les sage-femmes libérales ont spontanément recouru aux consultations téléphoniques ou à WhatsApp en début de pandémie, ce qui les aurait permis, selon elles, de maintenir le lien avec les femmes les plus angoissées, de formaliser le recours à la télémédecine pour le suivi des aspects non cliniques facilement abordables en distanciel ainsi que de repérer les cas nécessitant une consultation en présentiel, (SfPMIs, SfPMI2, SFL, SfPMI3). Ces professionnelles se sont également servies du courrier électronique et de WhatsApp pour l'envoi d'ordonnances et pour recevoir des résultats d'examen (EE3, SFL, SfPMI3).

Les avantages cités de la téléconsultation ont été les suivants : un gain de temps du fait qu'elle évite les déplacements non nécessaires en période de confinement, notamment pour des femmes manquant de moyens de transport ou de services de garde d'enfants (12, 15 ; SFPMIs), la conciliation du suivi de grossesse avec la vie familiale et professionnelle (12-13, 15, 42-43, 45 ; SfH2, EE7; SfE) et la possibilité d'impliquer les conjoints (SfH1, SfE). Le potentiel de la télémédecine comme alternative pratique pour fournir des informations sur les risques d'infection et sur les mesures de prévention a également été rapporté dans la littérature (14-15).

La téléconsultation a aussi facilité l'accès aux professionnels et donc la réduction des niveaux d'anxiété et la possibilité de briser l'isolement des femmes durant les confinements, quand le soutien de la famille et des amis a été plus limité (13-14, 46). L'intérêt de la téléconsultation en psychiatrie et en psychologie périnatale a également été souligné pour des femmes qui sembleraient plus à l'aise lors de consultations virtuelles (10, 15), en dépit des réticences exprimées auparavant par les professionnels concernés (EE2, EE1, EE3). Certaines femmes ont exprimé leur satisfaction par rapport à ces consultations à distance en raison de la disponibilité et de la réactivité des professionnels, que ce soit en visioconférence ou par téléphone (Fe3)

Le recours au numérique a également facilité de meilleures communication et collaboration inter établissements et avec les dispositifs présents sur le territoire. Des échanges par visioconférence ont permis de joindre des collègues et des spécialistes pour une consultation ponctuelle, pour une téléexpertise ou pour une prise en charge interdisciplinaire des grossesses à risque (10, 12, 14 ; ENT-Réf régional). D'autres avantages identifiés en Nouvelle Aquitaine incluent l'accès aux modules de formation sur des protocoles sanitaires (SfH3) et aux outils d'échange et de partage d'information en ligne, comme la messagerie sécurisée chez les sage-femmes libérales (EE7, EE2, EE1). D'autres acteurs de la périnatalité ont souligné la possibilité d'organiser régulièrement des visioconférences pluriprofessionnelles et interinstitutionnelles ayant permis d'adapter

localement des directives nationales dans un contexte d'urgence sanitaire ainsi que l'harmonisation des protocoles sanitaires sur un même territoire (EE3, EE1, EE5, EE7, SfH3, SfPMI1, SfPMI3).

Des limites ont été également identifiées en lien avec un recours indiscriminé à la télémédecine. Tout d'abord, le risque d'accroître les inégalités d'accès aux soins en raison de la « fracture numérique » a été documenté chez des femmes disposant d'une faible littératie numérique ou d'un accès limité à la technologie ou à internet (6, 10, 14-15, 41, 42, 47 ; SfL). Dans certains pays, a été signalé un renoncement aux consultations virtuelles par des femmes en situation irrégulière de peur d'être enregistrées et donc, d'une éventuelle poursuite par des agences gouvernementales (14-15). En Nouvelle-Aquitaine, des femmes étrangères allophones rapportent des contraintes en raison de la barrière de la langue et des difficultés techniques de l'interprétariat en ligne (EE3, SfH3, SfPMIs, Fe6).

D'autres contraintes concernent l'accessibilité limitée aux dossiers des patients en ligne (10) et l'impossibilité d'effectuer des examens physiques comme la surveillance du rythme cardiaque du fœtus, la mesure de la pression sanguine ou la palpation de l'abdomen (12, 14, 42-43 ; SfL, SfE, SfPMI3). En Nouvelle-Aquitaine des limites d'accès aux infrastructures numérique (wifi, messagerie sécurisée, plateformes et logiciels de téléconsultation...) et le manque d'information et d'acculturation à l'usage de ces technologies (EE2, EE3, EE4, SfH1, SfPMI1, SfL) ont aussi été évoqués, davantage chez les sage-femmes libérales. Il a été nécessaire de mettre en place des procédures de consentement adaptées aux consultations à distance (39). De plus, le fait que ces consultations soient réalisées à l'aide d'applications non sécurisées comme WhatsApp, Skype, Zoom ou FaceTime (15, 43 ; EE2, EE1) a pu engendrer des problèmes de confidentialité et de respect du secret médical. Dans certains contextes, le manque de remboursement a constitué un frein additionnel (12, 14-15), d'autant plus que les consultations virtuelles sont souvent plus longues et exigeantes en termes de communication que celles en présentiel (15).

L'absence de contact humain, les difficultés à établir des liens de confiance avec les femmes et l'impossibilité de se servir du langage non verbal constituent d'autres sources de méfiance davantage exprimées par les sage-femmes (12, 14-15 ; EE2, EE3, EE4, SfH1, SfH3, SfPMIs, SfPMI2, SfPMI3, SfL, SfE). D'après celles rencontrées en Nouvelle-Aquitaine, la téléconsultation risque d'entraîner une approche exclusivement médicale inadaptée aux besoins des femmes, au détriment d'une prise en charge holistique propre à leur métier (SfH3, SfPMIs, SfL). Des sentiments de frustration ont aussi été exprimés par les femmes enceintes interviewées. Elles ont fait état d'une frustration envers la téléconsultation du fait qu'elle aurait limité la qualité des soins, notamment dans un contexte pandémique et dans le cadre d'un besoin accru de rompre l'isolement et d'être rassurées (SfL, SfE, Fe6). Enfin, des contraintes ont été documentées quant aux états de détresse psychologique ou

d'autres situations sensibles de la grossesse, y compris des épisodes de violence conjugale, auxquels les femmes enceintes peuvent se voir confrontées (8-9, 36, 41 ; Fe6).

Ces limites contribuent à expliquer pourquoi dans des contextes de moindre circulation du virus, lorsque que la peur vis-à-vis de l'infection diminuait et que les restrictions étaient levées, les professionnels de la périnatalité ont repris assez vite les consultations en présentiel, notamment les sage-femmes rencontrées en Nouvelle-Aquitaine (41, 47 ; SfH2, SfPMI1, SfPMI2). Si elles admettent que la télémedecine peut donner une réponse efficace à un moment de crise, elles semblent moins convaincues de sa plus-value comme mode de fonctionnement à généraliser en dehors d'un contexte pandémique et au-delà des actes simples de conseils ou de demandes d'information ponctuelles (EE4, SfH22, SfPMI2, SfE). Cet avis est partagé par des femmes enceintes qui, tout en admettant l'apport de la télémedecine à la continuité des soins, insistent sur le besoin de reprendre le présentiel dès que le contexte sanitaire le permet (Fe6).

#### *4.3.3 Vécus et appréciations des professionnels et des femmes enceintes au regard de la réorganisation du parcours prénatal et de son impact sur la qualité de soins prénataux*

##### *Les vécus des professionnels*

Les professionnels de la périnatalité ont dû s'adapter rapidement aux aléas de la pandémie et répondre à des demandes simultanées, parfois contradictoires, leur exigeant d'assurer la continuité des soins, tout en évitant le risque d'infection (11). En écho avec des pandémies précédentes (37), ces professionnels ont rencontré des dilemmes éthiques entre leur responsabilité de fournir les meilleurs soins possibles et le désir de protéger du moindre risque leur entourage et les femmes rencontrées (38, 47-49 ; EE3, SfPMI2). En Nouvelle-Aquitaine, ce dilemme est devenu pour certains une source importante de frustration et de stress (SfPMI2, SfL, SfE). Néanmoins, dans le milieu hospitalier, avec des protocoles de sécurité en principe systématiquement appliqués, les professionnels consultés se sont montrés moins inquiets quant au risque de contracter le virus et de le transmettre à leur famille ou aux femmes suivies (SfH1, SfH2, SfPMI1).

Les sage-femmes ayant maintenu ou repris assez vite leurs visites à domicile ont systématiquement appliqué des mesures de distanciation et de désinfection une fois de retour à leur domicile (SfPMI2 ; SfL, SfE, EE7, SfPMI3). Le respect strict du protocole sanitaire n'était néanmoins pas toujours évident pour celles qui accompagnaient des femmes en logement précaire, avec des difficultés surajoutées d'adhésion aux mesures d'hygiène et d'auto-confinement, ce qui a parfois créé des situations de détresse et d'épuisement émotionnel (SfH3, EE7, SfL, SfE).

Les professionnels de la périnatalité ont également dû se confronter à une pénurie de personnel soignant, dans un contexte d'urgence sanitaire et d'incertitude. Des changements fréquents d'horaires pour remplacer les soignants confinés et le besoin de se confiner eux-mêmes lors de symptômes d'infection ou après une exposition potentielle se sont ajoutés aux difficultés de ceux en première ligne (6, 38 ; EE4, SfH1, SfH2, SfL, EE7). Pour certains, la crise sanitaire a fait ressortir la fragilité d'un système non seulement en termes d'effectifs mais aussi de dispositifs de soutien psychologique pour ces soignants, très souvent exposés aux situations de détresse et d'épuisement professionnel (SfH3, SfH2).

Des situations de solitude ont également émaillé le quotidien des soignants, notamment lors qu'ils ont dû s'isoler de leur famille et de leurs amis pour éviter le risque d'infection (47, 48) ou se confronter à la méfiance du voisinage en raison de leur travail (SfH3). En Nouvelle-Aquitaine, ces situations de solitude et d'isolement ont été aggravées par la distance physique à respecter dans les lieux de travail et par les journées de télétravail imposées dans les établissements de soins (SfH1, SfPMI3, EE4, SfPMI1, SfPMI3). Enfin, les sages-femmes exerçant sur le territoire se sont vues particulièrement exposées à ce sentiment de solitude en raison de leur exercice libéral (SfPMI2, SfL, SfE, SfPMI3).

En outre, l'absence ou la dotation insuffisante d'équipements de protection individuelle en début de pandémie est venue alimenter un sentiment d'abandon et de manque de reconnaissance, notamment chez les sages-femmes libérales (EE1, EE3, EE7, SfH1, SfH3, SfPMI1, SfL, SfE, SfPMI3). Ce sentiment a davantage été exprimé par celles accompagnant des femmes en grande précarité dans un contexte de crise généralisée et avec un accès extrêmement limité aux dispositifs d'aide sociale (SfH2).

Un sentiment de frustration au regard des règles strictes de sécurité et de distanciation physique ont fait partie des ressentis des sage-femmes. Malgré la reconnaissance de la nécessité de les respecter, elles ont souligné des difficultés pour aboutir à une communication réussie et à une relation de confiance avec les femmes dont elles s'occupent (38, 47-48 ; SfL, EE7, SfPMI3). D'autres ont exprimé leurs réserves quant au basculement des SPNP et d'autres interventions non-cliniques vers la télémédecine, ce qui se serait traduit par une attention prénatale centrée sur le champ médical plutôt que sur une approche holistique propre à leur métier (38 ; SfH3, SfL, SfE). Enfin, certaines se sont senties démunies vis-à-vis des femmes vivant des situations d'angoisse et de détresse psychologique aggravées qu'elles ont été jugées au-delà de leur champ de compétences (SfH3).

Les professionnels de la périnatalité mettent en avant le défi concernant l'accès à l'information sur le virus et sur ses voies de transmission. Malgré les mises à jour des autorités sanitaires, certains auteurs déplorent que les pouvoirs publics n'aient pas été

préparés à l'évolution rapide de la pandémie (6, 38, 47). En Nouvelle-Aquitaine, ce constat a mené les professionnels à faire des recherches personnelles pour combler leur besoin d'information (SfH1, SfH2, SfH2, EE8). Cette difficulté d'accès aux informations actualisées aurait été davantage contraignante pour des sages-femmes libérales en ville (SfL, SfE, SfPMI3), bien que certaines ont pu se renseigner au travers des sociétés savantes et des réseaux professionnels (SfL, SfE, EE8). Les sages-femmes en établissements publics ou exerçant au sein d'équipes pluridisciplinaires semblent avoir eu un accès plus facile aux informations grâce aux listes de diffusion par mail et aux échanges avec leurs équipes, à des conférences d'experts et des modules de formation en distanciel (EE7, SfPMI1, SfPMI3).

Malgré toutes ces difficultés, les sage-femmes rencontrées en Nouvelle-Aquitaine se montrent en général satisfaites quant aux réponses données aux femmes dont elles s'occupent et cela, même si tel qu'elles l'admettent, il s'agissait souvent de conseils très ponctuels sur des mesures préventives (SfH1, SfPMI1, SfE, Sf PMI3). Pourtant, certaines expriment aussi leur inconfort en lien avec des situations vécues en début de pandémie, dans un contexte d'incertitude et d'urgence sanitaire, lors desquels elles ont dû rassurer les femmes sans avoir nécessairement de réponse aux questions portant sur le risque d'infection ou l'organisation du parcours de soins (SfPMI3). Enfin, une source de stress supplémentaire pour les sage-femmes libérales a été la baisse de leur chiffre d'affaires à cause de la chute du nombre de consultations, en début de pandémie, et du besoin de se procurer des moyens de protection par leurs propres moyens (SfL, SfE, SfPMI3).

Parmi les stratégies déployées pour faire face aux défis confrontés, les sages-femmes ont fait appel à leur passion pour le métier et à leur sens du devoir au plus proche des femmes enceintes (47, 50 ; SfH1, SfL, SfE, EE7, Sf PMI3). En Nouvelle-Aquitaine, celles qui ont maintenu les visites à domicile s'estimaient en devoir de les rassurer et de les accompagner tout en palliant l'absence d'autres dispositifs liés aux restrictions sanitaires (Sf PMI2, SfE, Sf PMI3). Les autres sources de gratification sont la reconnaissance du public, le soutien de leurs familles (47 ; EE4, SfH2, EE8). Enfin, certaines disent s'être ressourcé grâce aux échanges WhatsApp avec leurs collègues et leur famille, à la pratique du yoga et d'une activité physique à la maison ainsi que de promenades autour de leur domicile durant les confinements successifs (SfL, EE8).

### Les vécus des femmes enceintes

Les femmes enceintes ont dû faire face à plusieurs défis dans un contexte de crise généralisée. Tout d'abord, elles ont dû se confronter à des restrictions de mobilité lors des périodes de confinement, ce qui a été particulièrement pénible pour des femmes en situation de vulnérabilité et résidant dans des zones isolées ou mal desservies (6, 11, 30 ; Fe2). En Nouvelle-Aquitaine, certaines femmes étrangères en situation irrégulière ont raté

des rendez-vous de suivi en raison de leur crainte d'être contrôlées par la police durant les confinements (EE4, Sf PMIs, Sf PMI3, FG1, Fe3).

L'image des hôpitaux comme des lieux d'exposition au virus ont poussé certaines femmes à retarder, voire à annuler, leurs rendez-vous afin d'éviter le risque d'infection (6, 11, 30-31; EE3, EE7, SfPMI3, Fe3). En Nouvelle-Aquitaine, d'autres femmes ont renoncé aux consultations hospitalières et ont maintenu leur suivi en ville par des sages-femmes libérales jusqu'au terme de leur grossesse (SfH1, EE8). Les changements dans la façon d'accéder aux consultations ont été parfois mal communiqués, créant de la confusion et ajoutant des contraintes d'accès aux soins (13), notamment chez les femmes socio-économiquement fragilisées, traditionnellement plus éloignées des soins (30). Dans ce contexte, la mise à disposition de hotlines téléphoniques pour des consultations ponctuelles a été appréciée en Nouvelle-Aquitaine, comme ressource rassurant les femmes enceintes dans une période de grande incertitude et de détresse émotionnelle (FG1).

La perception d'un manque de coordination entre les maternités et avec les professionnels en ville a aussi fait partie des préoccupations des femmes enceintes (11 ; Fe3). Le changement des protocoles de prise en charge au cours de la pandémie a également créé un sentiment d'inquiétude et d'insécurité (26, 46, 50-51). A ce propos, dans des contextes de moindre circulation du virus, la variation des procédures entre maternités a conduit certaines femmes à se servir des réseaux sociaux pour comparer la manière dont les soins étaient prodigués et à modifier leur choix en vue d'augmenter la probabilité d'avoir un suivi au plus proche de leurs attentes (31, 51). Selon les témoignages recueillis en Nouvelle-Aquitaine, ces attentes concernaient notamment la présence de l'accompagnant lors des visites de routine, lors des échographies ou en salle de naissance ainsi que le port du masque durant les travaux d'accouchement (Fe6, FG1, Fe3).

D'autres sources d'inquiétude ont porté sur la réduction des visites prénatales (Fe5) et sur les contraintes de réalisation de dépistages dont aucun examen ne peut être proposé virtuellement, tels que les cas d'éventuelles infections, d'anémie ou d'anomalies fœtales (27). D'où la crainte, pour certaines femmes, de sous-diagnostic, de diagnostic tardif ou d'une éventuelle complication de grossesse (6,11,41). Pour d'autres, la peur de ne pas recevoir les soins nécessaires constituait une source additionnelle de stress et d'anxiété (6-7 ; SfL, FG1). En Nouvelle-Aquitaine, cette crainte a été notamment exprimée chez des femmes isolées, peu rassurées face à une éventuelle complication de grossesse ou au déclenchement de l'accouchement à domicile (FG2; Fe4, Fe5). Cette crainte a été aggravée dans un contexte de restrictions à la mobilité, rendant les déplacements plus compliqués (Fe5).

Comme les sage-femmes, les femmes enceintes se sont plaintes d'une prise en charge de la grossesse davantage centrée sur des aspects médicaux, au détriment d'un soutien

émotionnel, notamment dans le milieu hospitalier (Fe6, FG1). Elles ressentent que leurs préoccupations face au risque d'infection n'étaient pas pertinentes, face à l'ampleur de la pandémie, et elles se sont senties gênées de poser leurs questions ou de demander de l'aide lors des consultations de routine (11, 31; FG1). Certaines attribuent ce défaut au souhait délibéré des professionnels de la périnatalité de leur éviter une source de stress additionnel (Fe3, Fe6). Enfin, certaines femmes ont choisi de recourir aux consultations privées chez des sage-femmes libérales afin de s'assurer d'un soutien émotionnel car les SPNP individualisés n'étaient plus assurés (Fe6).

Les restrictions à la présence de l'accompagnant ont été particulièrement troublantes, notamment lors de la première vague et davantage en milieu hospitalier (10, 31, 51 ; SfPMI2, SfL, SfE, EE8, Sf PMI3, Fe6, FG1, Fe4, Fe5). Un sentiment de regret et de frustration a été exprimé à ce propos et certaines femmes se sont plaintes d'un manque d'engagement de leurs conjoints à des moments clés de la grossesse en raison de cette exclusion *de facto* (31 ; Fe6). D'autres ont exprimé le sentiment accablant d'être seules et contraintes de vivre leur grossesse en solitaire (26, 51 ; Fe6, FG1). L'inquiétude portait aussi sur le déroulement éventuel des travaux d'accouchement (11, 51 ; SfPMI2, SfL, SfE), sur l'incertitude quant à l'obligation du port du masque en salle de naissance (FG1, FG2) et sur l'éventualité de complications ou d'une césarienne en lien avec la Covid-19 ou encore d'être séparées de leur bébé en cas de test positif (31 ; SfL, SfE).

La bascule des séances de préparation à la naissance en distanciel est venue accroître ce sentiment d'insécurité et d'angoisse, notamment chez des femmes primipares n'ayant pas d'expérience préalable. Tout en admettant la difficulté d'assurer des séances en présentiel en début de pandémie, les femmes rencontrées en Nouvelle-Aquitaine ont souligné que le virtuel ne remplace pas une présence physique qui facilite, d'ailleurs, le soutien émotionnel et la prise de parole des femmes (Fe6, FG1, FG2). Ces femmes ont également exprimé leur frustration face à l'impossibilité de profiter de ces occasions pour partager des expériences avec d'autres femmes et de rompre ainsi des situations d'isolement aggravées par le confinement (26 ; SfL, SfE, SfPMI3, Fe6, FG1, SfE, Fe3).

Malgré toutes ces difficultés, les femmes se montrent reconnaissantes envers les soignants qui ont continué à assurer leur travail et cela dans un contexte pandémique très anxiogène, complexe et incertain (20, 46). Il a été souligné le côté humain, la disponibilité et le dévouement des professionnels de la périnatalité, notamment des sages-femmes toujours prêtes à répondre aux sollicitations, indépendamment des aléas de la pandémie (6, 45, FG1, SfE, Fe2, Fe3, Fe5, Fe6).

Enfin, il faut noter que les femmes bien entourées, profitant d'une situation socio-économique et familiale favorable et de grossesses à bas risque, ont fait état d'effets positifs inattendus du confinement, tels que le fait d'avoir pu se concentrer sur elles-

mêmes et sur leur grossesse, ainsi que de développer un sentiment d'auto-efficacité dans un contexte de crise généralisée assez anxiogène (51 ; SfH1, EE7, SfE, Fe6, Fe3, FG1). En Nouvelle-Aquitaine, certaines ont aussi profité de la présence permanente de leur conjoint à la maison, facilitée par le confinement et la généralisation du télétravail (SfPM11, Fe6).



## 5. Constats et préconisations

L'examen des données disponibles dans la littérature et les nouvelles informations qualitatives collectées en Nouvelle-Aquitaine montrent des effets directs et indirects de la pandémie de la Covid-19 sur la santé des femmes enceintes. En Nouvelle-Aquitaine, comme ailleurs, la réponse des autorités sanitaires a suscité de nombreuses questions quant aux mesures à déployer pour réduire la circulation du virus, tout en minimisant leurs éventuelles conséquences indésirables sur l'état de santé et le bien-être des femmes enceintes.

Sont présentés ci-après les principaux constats issus de l'étude ainsi qu'une série de préconisations ayant pour but d'éclairer la prise de décision en matière de soins prénataux lors de futures vagues pandémiques ou d'éventuelles crises sanitaires majeures. Grâce aux leçons tirées de la gestion de la crise Covid-19, certaines d'entre elles peuvent aussi s'appliquer en contexte de normalité et ainsi contribuer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge de la grossesse, avec un accent particulier sur les questions d'équité et de télémédecine pour les soins prénataux.

### 5.1 Une attention particulière aux mesures de réorganisation des soins prénataux

L'offre de soins prénataux efficaces est associée à une expérience positive de la grossesse, condition essentielle pour protéger la santé de la mère et du nouveau-né. Tel que constaté ailleurs, la réorganisation du protocole de suivi en Nouvelle-Aquitaine a conduit à des restrictions sur des aspects auparavant reconnus comme essentiels pour une prise en charge optimale de la grossesse, notamment concernant la qualité et l'équité dans les soins prodigués.

Lors des premières semaines de la pandémie, cette réorganisation a exigé des femmes qu'elles s'adaptent aux changements rapides de modes de prise en charge. La révision des protocoles du jour au lendemain et l'hétérogénéité des procédures d'une maternité à l'autre ont créé des situations d'incertitude et de confusion. Associées à une image des hôpitaux comme lieux d'infection, ceci a réduit la fréquentation des consultations de routine chez certaines femmes, notamment chez les femmes les plus fragilisées par la pandémie. Pour ce qui concerne la réorganisation du suivi, si certaines femmes ont réussi à naviguer dans le système et à accéder aux soins de leur choix, cela a nécessité d'un niveau de familiarité avec le système, ce qui a pu laisser à l'écart les femmes plus isolées et éloignées des dispositifs de soins.

Les consultations ont eu, par ailleurs, tendance à se recentrer sur les aspects strictement médicaux de la grossesse au détriment d'une prise en charge globale de la femme enceinte. En outre, l'annulation ou le transfert en distanciel des séances de soutien psychologique et de préparation à la naissance et à la périnatalité ont privé les femmes d'une réassurance et d'un appui émotionnel essentiels au bon déroulé des travaux d'accouchement et de la période de postpartum. Enfin, les femmes en situations plus fragiles, plus isolées ou privées d'un soutien familial ou social se sont vues particulièrement impactées par ces ajustements.

### *Préconisations*

- Lors de la première vague de la pandémie en France, les différences constatées de prévalence de l'infection sur le territoire national et la réponse uniforme des autorités sanitaires ont eu pour conséquence la perception d'une réponse disproportionnée dans certaines régions ou territoires, comme en Nouvelle-Aquitaine, où la circulation du virus était moindre. Il faut donc apprendre de l'expérience COVID-19 pour repenser la façon dont les soins sont dispensés et, dans la mesure du possible, envisager une adaptation de la réponse à différents échelons (national, régional et local), pour que la réorganisation des soins en général, et des soins prénataux en particulier, s'adapte à la réalité de chaque territoire.
- Compte tenu de l'hétérogénéité des procédures constatée les premières semaines de la pandémie selon les établissements, il faudra également s'assurer d'une mise en cohérence des directives sanitaires pour tous les établissements et les équipes soignants et socio sanitaires participant au suivi de la grossesse, afin d'éviter des nouvelles sources d'incertitude et de stress en période de crise sanitaire.
- En parallèle à cette mise en cohérence inter-établissements, il conviendra de déployer des canaux et des leviers efficaces de communication envers les femmes suivies afin de gérer leurs besoins et de s'assurer qu'elles comprennent les changements introduits dans les procédures et les protocoles de prise en charge. Et, dans la mesure du possible, elles devront être impliquées dans la planification du suivi afin de ne laisser personne à l'écart.
- Il sera aussi utile de renouveler les hotlines institutionnelles et les consultations téléphoniques mises en place pendant la crise Covid-19 pour répondre aux besoins d'information et pour rassurer les femmes dans un contexte d'urgence sanitaire. Cela permettra d'éviter des déplacements injustifiés ou de confirmer le caractère indispensable d'une visite en présentiel.
- Au vu de l'expérience de la Covid-19, il sera aussi nécessaire de veiller à la continuité des dispositifs de soutien psychologique et de préparation à la naissance et à la parentalité, en face à face ou en mode hybride (voir ci-après les recommandations relatives à la télémédecine), tout en assurant le respect des protocoles sanitaires

adaptés à la situation pandémique. Cela permettra de faciliter un accompagnement au plus proche des besoins des femmes, notamment chez les primipares et les plus fragilisées par la crise.

## 5.2 Un soutien psychologique et émotionnel plus nécessaire que jamais

La grossesse est une période où le risque de dépression et d'anxiété est accru, avec d'éventuels effets néfastes sur la santé de la femme. Pendant la pandémie de la Covid-19, les femmes enceintes ont vécu des situations de stress exacerbées par l'incertitude sur le risque d'infection, le sentiment d'être mal informées et mal préparées aux défis de la grossesse. En outre, la crainte de ne pas recevoir les soins nécessaires, les restrictions relatives à la présence de l'accompagnant et l'incertitude quant au déroulement des travaux d'accouchement sont venus intensifier les sentiments d'inquiétude et d'insécurité, notamment en début de pandémie.

Aux mesures de réorganisation de soins prénataux s'additionnent les effets indésirables du confinement et de la pandémie, en général, qui ont laissé un nombre important de femmes en état de détresse psychologique, seules et avec un accès réduit au soutien familial, des amis ou des réseaux communautaires. Enfin, la surexposition aux *fake news* et le flux constant d'informations sur la Covid-19 (l'infodémie) ont créé de nouvelles sources de stress et d'angoisse, davantage chez les femmes déjà fragilisées sur le plan social ou vivant des grossesses pathologiques.

Si le soutien ponctuel des professionnels de la périnatalité a pu alléger des situations de mal-être et de détresse, la nécessité de ne pas négliger les besoins exprimés dans ce domaine et d'y répondre avec des dispositifs de soutien spécialisés s'impose. Il est nécessaire de garder à l'esprit que, dans un contexte de crise sanitaire majeure priorisant l'attention sur les aspects médicaux de la grossesse, il existe un risque de sous-estimation d'éventuels problèmes de santé mentale chez la femme enceinte.

### *Préconisations*

- Les professionnels de la périnatalité devront être particulièrement vigilants vis-à-vis des besoins accrus en santé mentale des femmes, en période pandémique. Une prise en charge psychologique spécialisée devrait être systématiquement assurée, afin de prévenir et de traiter ces épisodes d'angoisse et de détresse, risque aggravé en contexte pandémique.
- Des consultations avec des psychologues et des psychiatres pourraient ainsi être proposées plus systématiquement afin d'alléger des situations de mal-être vécues par les femmes enceintes. Ce suivi pourrait se réaliser, le cas échéant, en modalité

hybride, combinant des séances en face à face et en distanciel, avec une attention particulière à l'évolution et aux besoins de la femme suivie.

- Le soutien spécialisé devrait reposer sur un travail collaboratif avec des travailleurs sociaux ou des conseillers visant à apporter un soutien aux éventuels besoins matériels des femmes afin que les plus fragilisées par la crise ne soient pas laissées pour compte.

### 5.3 Une communication à la hauteur des défis posés par un contexte pandémique

Cette étude vient confirmer la nécessité d'une communication claire et cohérente sur les risques et les mesures de protection à adopter suivant l'évolution d'une pandémie. Si la perception du risque figure parmi les facteurs de motivation les plus efficaces pour l'adoption de mesures de prévention, les informations diffusées dans les médias et les réseaux sociaux risquent d'accroître les niveaux d'anxiété et de détresse émotionnelle des femmes enceintes. Dans un contexte d'incertitude comme celui posé par la Covid-19, les femmes doivent rester prudentes et critiques à l'égard des fausses informations et se concentrer sur ce sur quoi elles ont une prise directe dans leur vie quotidienne. Pour cela, elles doivent pouvoir compter sur le soutien des pouvoirs publics, en termes d'accès aux informations de qualité, fiables et rassurantes.

#### *Préconisations*

- Les autorités sanitaires doivent lutter contre la désinformation en mettant à jour les faits essentiels sur leurs plateformes médiatiques et sur les sites internet officiels. Concernant la grossesse, des ressources éducatives spécialement adaptées doivent être mises à disposition afin d'atteindre facilement les femmes enceintes et leurs familles. L'adaptation des contenus doit comprendre la rédaction en FALC, facile à lire et à comprendre, la traduction, la diversification des supports (écrit, oral, vidéo). Des SMS et d'autres solutions numériques permettant d'envoyer des notifications et de répondre aux questions peuvent également être envisagés comme outils d'information et de communication lors des périodes les plus critiques de la pandémie.
- Les professionnels de la périnatalité doivent également s'assurer de soutenir les femmes en leur fournissant des informations précises et actualisées lors des consultations, ainsi que des stratégies simples permettant de réduire les niveaux de stress et d'améliorer leur autonomie. Ces stratégies doivent éviter de recourir au mécanisme de la peur.
- Ces professionnels doivent également profiter des séances de formation dans leur lieu de travail ainsi que d'un accès aux informations contrastées et actualisées leur

permettant d'informer et de rassurer les femmes dont ils s'occupent. Une attention particulière doit être portée aux soignants libéraux exerçant seuls ou en petits cabinets sur le territoire, qui recourent moins aux réseaux professionnels et aux dispositifs de formation spécialisée.

#### 5.4 La téléconsultation, une alternative à moduler selon les besoins des femmes et des professionnels

La pandémie de la Covid-19 a accéléré la télémédecine qui s'est vue positionner comme une alternative efficace de maintien de la continuité des soins, notamment pour des aspects non cliniques facilement abordables en distanciel. Elle a permis de canaliser des informations factuelles en lien avec la pandémie, de rassurer les femmes en cas d'angoisse. La télémédecine a aussi permis de dynamiser la communication et la collaboration inter-établissements et l'interface ville/hôpital et a facilité la gestion interdisciplinaire des grossesses pathologiques. La possibilité de joindre des experts et des collègues pour obtenir des conseils et des avis spécialisés a été précieuse et a évité des renvois inutiles entre hôpitaux.

Au-delà de ces avantages, l'étude met au jour des contraintes également constatées ailleurs. Le risque d'un suivi moins efficace pouvant être dommageable aux grossesses pathologiques, l'impossibilité d'effectuer des examens physiques, la difficulté à reproduire le lien de confiance avec les femmes et le manque d'acculturation, de la part de certains soignants, à l'utilisation de la téléconsultation ont été repérés comme ses principales limites. Le risque d'accroître les inégalités dans l'accès aux soins prénataux, en lien avec la fracture numérique et les difficultés techniques de l'interprétariat en ligne, viennent s'ajouter aux contraintes identifiées.

Tout cela explique le fait que, avec le ralentissement du taux d'incidence, les avantages de la téléconsultation ont été minorés dans le cadre d'une reprise assez rapide des consultations en présentiel. Au vu de l'expérience Covid-19, il faudra bien mesurer les avantages de la télémédecine tout en évitant les dérives d'une solution à taille unique ou d'un mode de prise charge alternatif à généraliser hors contexte pandémique.

##### *Préconisations*

- Il est essentiel que l'amélioration de la collaboration inter-établissement facilitée par la télémédecine se poursuive hors pandémie. Les leçons tirées devront être étudiées pour s'attaquer aux problèmes récurrents, tels que la communication durant le processus d'orientation et la coordination ville-hôpital.
- Certains auteurs ont fait le constat d'un meilleur fonctionnement de la téléconsultation pour les patients et les cliniciens qui y sont déjà familiarisés. Il est

donc nécessaire de prévoir des solutions différentes orientant le recours à la télémédecine en fonction des besoins et des envies des uns et des autres. Une combinaison équilibrée de consultations en face à face et en distanciel, dans des circonstances flexibles selon les besoins de femmes et des soignants, pourrait également améliorer l'expérience à l'avenir.

- Des modules de formation et/ou des tutoriels pour l'utilisation des technologies numériques et des modes de prise en charge associés pourraient être également d'utilité pour les professionnels moins familiarisés et ayant plus de mal à s'approprier et à se servir de la télémédecine.
- Les établissements de soins devraient assurer des séances régulières de débriefing consacrées à l'examen de la mise en œuvre de la téléconsultation, de ses résultats en termes de sécurité et d'efficacité ainsi que des améliorations possibles afin d'éviter des risques éventuels en soins prénataux. L'analyse et la détermination des consultations pouvant être proposées en distanciel, en cohérence avec le protocole de prise en charge de la grossesse et sans compromettre la qualité du suivi, sera indispensable.
- Des innovations en matière de télémédecine (téléconsultation) doivent tenir compte des contextes de vie des femmes en situation de vulnérabilité avec un accès limité aux technologies afin d'éviter une aggravation des inégalités d'accès aux soins. La mise à disposition d'aides pour l'accès aux technologies et de programmes de littératie numérique pourrait contribuer à réduire la fracture numérique<sup>4</sup>.

## 5.5 Un risque toujours présent d'accroître les inégalités sociales de santé en matière de périnatalité

Comme évoqué précédemment, cette étude est venue confirmer la relation complexe existant entre les mesures de contention pour réduire la transmission du virus et leurs effets indésirables et inattendus tels que la perte de soutien social, le renoncement ou le recours tardif aux soins ou les épisodes aggravés de stress, de dépression et d'anxiété, entre autres. Ces effets ont été particulièrement pénibles pour les femmes en situation de vulnérabilité socio-économique, particulièrement fragilisées par la crise liée à la Covid-19.

Il est donc nécessaire que les mesures déployées, aussi bien par les pouvoirs publics en général que par les autorités sanitaires, tiennent compte des conditions de vie matérielles et sociales des femmes afin de ne pas aggraver les inégalités sociales de

---

<sup>4</sup> Ramel V, Technologies numériques et inégalités sociales de santé : un non-sujet à l'agenda politique mais une action publique émergente sur l'inclusion numérique, Revue française des affaires sociales, p. 45-67, 2021, <https://doi-org.docelec.u-bordeaux.fr/10.3917/rfas.213.0045>

santé. L'étude confirme leurs effets indésirables chez les femmes les plus fragilisées : épisodes d'angoisse et détresse émotionnelle, perte de sources de revenus, augmentation de la charge des tâches ménagères, tensions familiales, contraintes d'accès aux soins et aux dispositifs d'aide sociale, perte du lien et de soutien communautaire. Au regard de futures crises sanitaires, il faudra prévoir des mesures permettant d'agir davantage sur des situations de désavantage préalable afin d'éviter d'exacerber des inégalités préexistantes.

### *Préconisations*

- Il convient d'envisager des procédures de suivi spécifique pour les femmes les plus fragilisées, pouvant rester à l'écart de l'offre de soins en période de restrictions sanitaires. Cela pourrait se matérialiser par une offre de consultation présenteielle ou des dispositifs d'aller vers adaptés aux protocoles sanitaires en place et des relances téléphoniques pour prendre des nouvelles des femmes et pour assurer leur présence aux rendez-vous de routine.
- Ces procédures devraient être complétées par une mobilisation des équipes soignantes, en étroite collaboration avec les dispositifs d'aide et de soutien social, en vue de soulager les difficultés socio-économiques de ces femmes, dans un contexte de crise généralisée.
- Les équipes socio sanitaires devront être également renforcées afin d'assurer des solutions d'aller vers ou d'accompagnement physique aux dispositifs d'aide social (RSA, CAF, denrées alimentaires, hébergement...) pour éviter des ruptures de parcours de soins en raison d'autres difficultés d'ordre social préexistantes et aggravées par la crise.
- Les professionnels de la périnatalité devront être particulièrement attentifs au repérage d'éventuels épisodes de tension et de violence intrafamiliale, afin d'assurer un soutien adéquat aux femmes pouvant être particulièrement touchées.

## 5.6 Un soutien nécessaire pour des professionnels dans un contexte assistanciel déjà sous tension

Les professionnels de la périnatalité, comme les autres soignants, ont vécu des épisodes récurrents de stress et d'anxiété, dans un contexte de pénurie de personnel, d'augmentation de la charge de travail et d'un épuisement professionnel important. De plus, le respect des gestes barrière n'était pas toujours évident lors des visites à domicile en raison d'une dotation insuffisante en équipements de protection individuelle et des conditions de promiscuité vécues par des familles en logement précaire. Les difficultés d'accès aux informations actualisées sur le virus et sur les voies de transmission, pour certains professionnels, notamment ceux en exercice libéral, ont augmenté ces niveaux

de stress durant les périodes les plus critiques de la pandémie. Toutes ces difficultés sont venues accroître un sentiment d'abandon et de manque de reconnaissance, déjà prégnant avant la pandémie.

### *Préconisations*

- Il sera intéressant de réaliser un retour d'expérience recueillant les vécus et les ressentis des professionnels de première ligne. Ce bilan pourrait être très utile à la préparation et à la réponse aux futures crises sanitaires en répertoriant les besoins et les attentes du personnel soignant de première ligne.
- La crise Covid a également mis en évidence le besoin de déployer des mesures et des dispositifs spécialisés pour prévenir l'épuisement professionnel, en donnant la priorité à un soutien psychologique adéquat et adapté aux besoins exprimés.
- Il conviendra également de prévoir des dispositifs en ligne facilitant le partage d'information pour que ces professionnels puissent accéder rapidement à des informations précises, notamment dans le secteur libéral où les soignants ont davantage besoin de directives claires pour fournir des soins à domicile en condition de sécurité.



## Bibliographie

1. Wong SF, Chow KM, Leung TN, Ng WF, Ng TK, Shek CC, et al. Pregnancy and perinatal outcomes of women with severe acute respiratory syndrome. *Am J Obstet Gynecol.* juill 2004;191(1):292-7.
2. Siston AM, Rasmussen SA, Honein MA, Fry AM, Seib K, Callaghan WM, et al. Pandemic 2009 Influenza A(H1N1) Virus Illness Among Pregnant Women in the United States. *JAMA.* 21 avr 2010;303(15):1517-25.
3. Mullins E, Evans D, Viner RM, O'Brien P, Morris E. Coronavirus in pregnancy and delivery: rapid review. *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol.* mai 2020;55(5):586-92.
4. Lebel C, MacKinnon A, Bagshawe M, Tomfohr-Madsen L, Giesbrecht G. Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. *J Affect Disord.* 1 déc 2020;277:5-13.
5. Lamarre-Choinière D, Lippé S. Impact de la Covid-19 sur les symptômes de dépression et d'anxiété des femmes enceintes : une revue de littérature. *Rev Neuropsychol.* 1 avr 2021;13(1):15-28.
6. Kotlar B, Gerson E, Petrillo S, Langer A, Tiemeier H. The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: a scoping review. *Reprod Health.* 18 janv 2021;18(1):10.
7. Overbeck G, Graungaard AH, Rasmussen IS, Andersen JH, Ertmann RK, Kragstrup J, et al. Pregnant women's concerns and antenatal care during COVID-19 lock-down of the Danish society. *Dan Med J.* 20 nov 2020;67(12):A06200449.
8. Feder G, Lucas d'Oliveira AF, Rishal P, Johnson M. Domestic violence during the pandemic | *The BMJ.* [cité 10 nov 2021]; Disponible sur: <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n722>
9. Roesch E, Amin A, Gupta J, García-Moreno C. Violence against women during covid-19 pandemic restrictions. *BMJ.* 7 mai 2020;369:m1712.
10. Montagnoli C, Zanconato G, Ruggeri S, Cinelli G, Tozzi AE. Restructuring maternal services during the covid-19 pandemic: Early results of a scoping review for non-infected women. *Midwifery.* mars 2021;94:102916.
11. Javaid S, Barringer S, Compton SD, Kaselitz E, Muzik M, Moyer CA. The impact of COVID-19 on prenatal care in the United States: Qualitative analysis from a survey of 2519 pregnant women. *Midwifery.* juill 2021;98:102991.
12. Madden N, Emeruwa UN, Friedman AM, Aubey JJ, Aziz A, Baptiste CD, et al. Telehealth Uptake into Prenatal Care and Provider Attitudes during the COVID-19 Pandemic in New York City: A Quantitative and Qualitative Analysis. *Am J Perinatol.* août 2020;37(10):1005-14.
13. Fryer K, Delgado A, Foti T, Reid CN, Marshall J. Implementation of Obstetric Telehealth During COVID-19 and Beyond. *Matern Child Health J.* 20 juin 2020;1-7.
14. Galle A, Semaan A, Huysmans E, Audet C, Asefa A, Delvaux T, et al. A double-edged sword-telemedicine for maternal care during COVID-19: findings from a global mixed-methods study of healthcare providers. *BMJ Glob Health.* févr 2021;6(2):e004575.

15. Hill, Burroughs I. Maternal Telehealth Has Expanded Dramatically during the COVID-19 Pandemic: Equity Concerns and Promising Approaches. 2020;10.
16. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. 1 févr 2005;8(1):19-32.
17. Paillé P, Mucchielli A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin; 2016.
18. Paillé P, Mucchielli, Alex. *L'analyse thématique*. In: *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin; 2016. p. 235-317.
19. Filgueiras Meireles JF, Neves CM, Morgado FF da R, Caputo Ferreira ME. Zika virus and pregnant women: A psychological approach. *Psychol Health*. juill 2017;32(7):798-809.
20. Lee DTS, Sahota D, Leung TN, Yip ASK, Lee FFY, Chung TKH. Psychological responses of pregnant women to an infectious outbreak: a case-control study of the 2003 SARS outbreak in Hong Kong. *J Psychosom Res*. nov 2006;61(5):707-13.
21. Iyengar U, Jaiprakash B, Haitsuka H, Kim S. One Year Into the Pandemic: A Systematic Review of Perinatal Mental Health Outcomes During COVID-19. *Front Psychiatry*. 2021;12:674194.
22. Matvienko-Sikar K, Pope J, Cremin A, Carr H, Leitao S, Olander EK, et al. Differences in levels of stress, social support, health behaviours, and stress-reduction strategies for women pregnant before and during the COVID-19 pandemic, and based on phases of pandemic restrictions, in Ireland. *Women Birth J Aust Coll Midwives*. sept 2021;34(5):447-54.
23. Bradfield Z, Wynter K, Hauck Y, Vasilevski V, Kuliukas L, Wilson AN, et al. Experiences of receiving and providing maternity care during the COVID-19 pandemic in Australia: A five-cohort cross-sectional comparison. *PloS One*. 2021;16(3):e0248488.
24. Farewell CV, Jewell J, Walls J, Leiferman JA. A Mixed-Methods Pilot Study of Perinatal Risk and Resilience During COVID-19. *J Prim Care Community Health*. déc 2020;11:2150132720944074.
25. Ravaldi C, Wilson A, Ricca V, Homer C, Vannacci A. Pregnant women voice their concerns and birth expectations during the COVID-19 pandemic in Italy. *Women Birth J Aust Coll Midwives*. juill 2021;34(4):335-43.
26. Riley V, Ellis N, Mackay L, Taylor J. The impact of COVID-19 restrictions on women's pregnancy and postpartum experience in England: A qualitative exploration. *Midwifery*. oct 2021;101:103061.
27. Wilson AN, Sweet L, Vasilevski V, Hauck Y, Wynter K, Kuliukas L, et al. Australian women's experiences of receiving maternity care during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional national survey. *Birth Berkeley Calif*. 27 juin 2021;
28. Mortazavi F, Ghardashi F. The lived experiences of pregnant women during COVID-19 pandemic: a descriptive phenomenological study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 8 mars 2021;21(1):193.
29. Dong M, Zheng J. Letter to the editor: Headline stress disorder caused by Netnews during the outbreak of COVID-19. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy*. avr 2020;23(2):259-60.

30. Mortazavi F, Ghardashi F. The lived experiences of pregnant women during COVID-19 pandemic: a descriptive phenomenological study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 8 mars 2021;21(1):193.
31. Karavadra B, Stockl A, Prosser-Snelling E, Simpson P, Morris E. Women's perceptions of COVID-19 and their healthcare experiences: a qualitative thematic analysis of a national survey of pregnant women in the United Kingdom. *BMC Pregnancy Childbirth*. 7 oct 2020;20(1):600.
32. Corbett GA, Milne SJ, Hehir MP, Lindow SW, O'connell MP. Health anxiety and behavioural changes of pregnant women during the COVID-19 pandemic. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. juin 2020;249:96-7.
33. Ahlers-Schmidt CR, Hervey AM, Neil T, Kuhlmann S, Kuhlmann Z. Concerns of women regarding pregnancy and childbirth during the COVID-19 pandemic. *Patient Educ Couns*. 24 sept 2020;S0738-3991(20)30529-2.
34. Peyronnet V, Sibiude J, Huissoud C, Lescure F-X, Lucet J-C, Mandelbrot L, et al. Infection par le SARS-CoV-2 chez les femmes enceintes. Actualisation de l'état des connaissances et de la proposition de prise en charge. *CNGOF. Gynecol Obstet Fertil Senol*. déc 2020;48(12):858-70.
35. Biviá-Roig G, La Rosa VL, Gómez-Tébar M, Serrano-Raya L, Amer-Cuenca JJ, Caruso S, et al. Analysis of the Impact of the Confinement Resulting from COVID-19 on the Lifestyle and Psychological Wellbeing of Spanish Pregnant Women: An Internet-Based Cross-Sectional Survey. *Int J Environ Res Public Health*. août 2020;17(16):5933.
36. Evans ML, Lindauer M, Farrell ME. A Pandemic within a Pandemic — Intimate Partner Violence during Covid-19 | *NEJM*. [cité 10 nov 2021]; Disponible sur: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2024046>
37. Shorey S, Chan V. Lessons from past epidemics and pandemics and a way forward for pregnant women, midwives and nurses during COVID-19 and beyond: A meta-synthesis. *Midwifery*. nov 2020;90:102821.
38. Semaan A, Audet C, Huysmans E, Afolabi B, Assarag B, Banke-Thomas A, et al. Voices from the frontline: findings from a thematic analysis of a rapid online global survey of maternal and newborn health professionals facing the COVID-19 pandemic. *BMJ Glob Health*. juin 2020;5(6).
39. Townsend R, Chmielewska B, Barratt I, Kalafat E, van der Meulen J, Gurol-Urganci I, et al. Global changes in maternity care provision during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*. juill 2021;37:100947.
40. Riley V, Ellis N, Mackay L, Taylor J. The impact of COVID-19 restrictions on women's pregnancy and postpartum experience in England: A qualitative exploration. *Midwifery*. 2021; 101: 103061.
41. Townsend R, Chmielewska B, Barratt I, Kalafat E, van der Meulen J, Gurol-Urganci I, O'Brien P, Morris E, Draycott T, Thangaratinam S, Doare KL, Ladhani S, Dadelszen PV, Magee LA, Khalil A. Global changes in maternity care provision during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*. 2021 Jun 19; 37:100947.

42. Peahl AF, Powell A, Berlin H, Smith RD, Krans E, Waljee J, et al. Patient and provider perspectives of a new prenatal care model introduced in response to the coronavirus disease 2019 pandemic. *Am J Obstet Gynecol.* avr 2021;224(4):384.e1-384.e11.
43. Yuliana Y. Challenges In Telemedicine Implementation For Pregnancy Care During The Covid-19 Pandemic. *JKG J KEPERAWATAN Glob.* 2020;
44. Justman N, Shahak G, Gutzeit O, Ben Zvi D, Ginsberg Y, Solt I, et al. Lockdown with a Price: The impact of the COVID-19 Pandemic on Prenatal Care and Perinatal Outcomes in a Tertiary Care Center. *Isr Med Assoc J IMAJ.* sept 2020;22(9):533-7.
45. Overbeck G, Graungaard AH, Rasmussen IS, Andersen JH, Ertmann RK, Kragstrup J, et al. Pregnant women's concerns and antenatal care during COVID-19 lock-down of the Danish society. *Dan Med J.* 20 nov 2020;67(12):A06200449.
46. Carayol M, Berraute E, Jung S, Ledour V, Merle S, Stark A, et al. Evaluation de l'impact perçu du premier confinement sur la santé des enfants et des femmes enceintes vus dans le service de protection maternelle et infantile (PMI) et dans les crèches de la ville de paris lors de la pandémie de covid-19. *Bull Epidémiol Hebd* 2021; (Cov\_10):2 -12.
47. Goberna-Tricas J, Biurrun-Garrido A, Perelló-Iñiguez C, Rodríguez-Garrido P. The COVID-19 Pandemic in Spain: Experiences of Midwives on the Healthcare Frontline. *Int J Environ Res Public Health.* 17 juin 2021;18(12):6516.
48. Bradfield Z, Wynter K, Hauck Y, Vasilevski V, Kuliukas L, Wilson AN, et al. Experiences of receiving and providing maternity care during the COVID-19 pandemic in Australia: A five-cohort cross-sectional comparison. *PloS One.* 2021;16(3):e0248488.
49. Baumann S, Gaucher L, Bourgueil Y, Saint-Lary O, Gautier S, Rousseau A. Adaptation of independent midwives to the COVID-19 pandemic: A national descriptive survey. *Midwifery.* mars 2021;94:102918.
50. Homer CSE, Davies-Tuck M, Dahlen HG, Scarf VL. The impact of planning for COVID-19 on private practising midwives in Australia. *Women Birth J Aust Coll Midwives.* févr 2021;34(1):e32-7.
51. Wilson AN, Sweet L, Vasilevski V, Hauck Y, Wynter K, Kuliukas L, et al. Australian women's experiences of receiving maternity care during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional national survey. *Birth Berkeley Calif.* 27 juin 2021;

## Annexe 1 - Guide d'entretien – Professionnels

### **Modalités de prise en charge de la grossesse**

- Mission principale en lien avec le suivi de la grossesse
- Principales évolutions de modes d'organisation / prise en charge de la grossesse
- Changements éventuels dans la pratique professionnelle / adaptations
- Appréciation sur ces changements (points positifs/négatifs)

### **Recours à la télémédecine** (si pas évoquée précédemment)

- Appréciation générale de la télémédecine
- Appréciation en soins prénataux
- Recours à la télémédecine durant la pandémie
- Appréciation au regard des pratiques préalables (avantages et contraintes)

### **Expériences et vécus en contexte pandémique**

- Vécu et ressentis en début de pandémie (points marquants)
- Difficultés, préoccupations, défis principaux / Aspects positifs
- Stratégies développées face aux difficultés confrontées

### **Besoins non satisfaits, propositions d'amélioration**

- Lesson tirées
- Propositions pour assurer des soins adaptés dans un contexte pandémique

## Annexe 2 - Guide d'entretien - Femmes enceintes

### **Expériences et vécus en contexte pandémique**

- Vécu général de la grossesse (points marquants)
- Changements les plus importants dans la vie quotidienne en lien avec la grossesse
- Difficultés, craintes, inquiétudes et défis principaux / Aspects positifs
- Stratégies développées face aux difficultés confrontées

### **Pratiques de recours aux soins**

- Vécu général du suivi de grossesse
- Appréciation du suivi/accompagnement des soignants (points marquants, positifs et négatifs)
- Appréciation des aspects suivants (si pas évoqués auparavant) :
  - Accessibilité : attention téléphonique, prise de rdv, organisation des consultations...
  - Qualité du suivi : conseil, infos sur la grossesse, sur le Covid...
  - Qualité de la relation : lien confiance, écoute, soutien émotionnel...
  - Place de l'accompagnant
  - Séances de préparation à la naissance

### **Télémédecine** (si pas évoqué précédemment)

- Expériences avec la télémédecine (situations concrètes : séances préparation à la naissance, soutien psy, consultations de routine, prise rdv...)
- Appréciation avantages et contraintes

### **Besoins non satisfaits, propositions d'amélioration**

- Propositions pour assurer des soins prénataux adaptés dans un contexte pandémique