

Zeitschrift: Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = la revue spécialisée des sages-femmes
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 119 (2021)
Heft: 5

Artikel: Remodeler les services de santé pour contenir les risques pandémiques
Autor: Montagnoli, Caterina / Dall'Armellina, Lea
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-976849>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 14.04.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Remodeler les services de santé pour contenir les risques pandémiques

Cet article, reprenant une récente publication dans *Midwifery*, dessine le renouvellement possible de la profession de sage-femme, au regard de son rôle central pour contribuer à contrer la pandémie de COVID-19.

TEXTE :
CATERINA MONTAGNOLI

La nouvelle pandémie de COVID-19 a entraîné des changements substantiels dans les normes sociétales ainsi que des ajustements dans les systèmes de santé du monde entier. A ce jour, l'impact de ces variations liées à la pandémie n'a pas encore été pleinement compris dans le domaine de la santé maternelle également, pour lequel la continuité des soins est une mesure préventive éprouvée qui sauve des vies. Au cours de cette année passée ont été adoptées de nouvelles méthodes de soins prénatals pour prévenir l'infection en réduisant les contacts entre les femmes nécessitant des soins et les soignant·e·s, principalement les sages-femmes et les obstétricien·ne·s.

Réduction des visites

Des solutions préliminaires simples ont rapidement été appliquées aux milieux environnementaux et cliniques, tels un allongement des intervalles entre les visites ou l'espacement entre les sièges dans les zones d'attente afin d'éviter le surpeuplement (Bourne *et al.*, 2020; *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*, 2020a). Néanmoins, la réduction du nombre de rendez-vous ambulatoires peut avoir des conséquences imprévisibles, probablement au détriment de la qualité des soins: c'est avec une observation clinique attentive que les complications de la grossesse sont souvent et opportunément reconnues (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2020).

Afin de dépasser le contrecoup initial et les inconvénients des mesures précoces mises en place contre la nouvelle maladie du COVID-19, la communauté scientifique a cherché des solutions plus structurées pour faire face à l'évolution continue de la situation et garantir des normes appropriées de consultations prénatals tout en protégeant les utilisateur·rice·s et les prestataires (OMS, 2020). Un flux continu de *guidelines* cliniques a conduit vers un modèle de soins prénatals fondé sur la réduction des contacts en personne, l'évitement du surpeuplement et, dans la mesure du possible, le regroupement des échographies, examens cliniques et analyses san-

Les modèles de soins pour les femmes ayant des grossesses à faible risque varient en fonction des racines culturelles de chaque pays.

guines en une seule visite (Bourne *et al.*, 2020; *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*, 2020a; OMS, 2020).

Solutions novatrices

Un autre message souligne l'importance de suivre le rythme et l'ampleur de la pandémie en développant des plateformes novatrices, efficaces et, en même temps, accessibles pour le *counseling* virtuel (*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*, 2020a; OMS, 2020). Cependant, le fait de remodeler les formes de soins n'est pas toujours durable et peut rencontrer différents obstacles dans le cadre spécifique à mesure que la situation évolue dans le scénario global.

Le rôle de la sage-femme en Europe

Les modèles de soins pour les femmes ayant des grossesses à faible risque varient en fonction des racines culturelles de chaque pays. En Europe, cette différence est marquée entre les pays nordiques et méditerranéens: dans les premiers, la prise en charge de la femme enceinte est dirigée par une sage-femme indépendante, alors que dans les seconds, elle est traditionnellement gérée par des obstétricien·ne·s et soutenue dans un système de santé centralisé (et patriarcal?), ce qui faciliterait la mise en place de plateformes pour le suivi à distance. Dans l'urgence sanitaire actuelle où la distanciation clinique a une efficacité prouvée dans la protection des mères et des soignant·e·s, on peut déduire que le modèle nordique permet un ajustement rapide et très performant des soins prénatals avec

un effort limité (Berg *et al.*, 2012). Les visites prénatals et post-partum à domicile sont des caractéristiques intrinsèques des systèmes de soins de santé nordiques avec l'avantage de distancier les mères et les nouveau-nés de l'environnement clinique. Dans ce réarrangement, la mise en place de visites à domicile pourrait exploiter le rôle de la sage-femme: même si, dans certains contextes, ce·tte professionnel·le de la santé souffre de marginalisation, il y a de nouvelles indications montrant que la sage-femme a le potentiel de retrouver son rôle naturel de renforcement des soins maternels au niveau communautaire (*The Economist*, 2020). Au Royaume-Uni, les sages-femmes ont également participé à des initiatives de santé plus larges visant à contrôler la diffusion du virus: lorsque des lieux publics comme les stades ont été convertis en structures de santé pour les tests et les visites, les sages-femmes ont été responsables des services de maternité et prénatals (*In Pictures*, 2020).

Un partenariat avec les femmes

De façon constante, les femmes enceintes peuvent être formées pour surveiller elles-mêmes entre les visites la pression artérielle et la glycémie, et pour autoévaluer la hauteur utérine, fournissant ainsi des informations fiables sur la croissance fœtale (Bergman *et al.*, 2007). Pendant la pandémie, sur tous les continents, de nombreuses femmes se sont éloignées des maternités choisissant d'accoucher à domicile avec l'aide d'une sage-femme pour éviter les institutions à haut risque de contagion (Dahlen, 2020; Davis-Floyd *et al.*, 2020).

Et le nouveau-né?

Dans le cadre de l'approche holistique et globale de la santé maternelle et néonatale, un aperçu approfondi des changements des

La durabilité des modèles alternatifs de soins prénatals et leur mise en œuvre dans les pays à faibles ressources sont particulièrement difficiles et méritent une attention particulière.

soins postnatals au moment du COVID-19 est tout aussi important. Les soins aux nouveau-nés dans le premier mois de vie doivent être restructurés et adaptés à l'épidémie par des changements compatibles avec la nouvelle distanciation de la dyade mère-nouveau-né des établissements de santé. Parmi les étapes postnatales précoces essentielles, le suivi de la prise de poids, du développement cognitif, ainsi que le soutien à l'allaitement maternel et le développement du lien mère-enfant. Compte tenu de la nouveauté de la pandémie, une variabilité implicite doit être acceptée en ce qui concerne la surveillance des premiers stades néonataux. Un avis largement partagé considère comme essentielle l'implication des professionnel·le·s lors de visites en personne à domicile ou dans les établissements de santé, et soutient ce mode de suivi afin de mettre en œuvre l'évaluation néonatale de l'ictère par la mère et de planifier les vaccinations (Harriel *et al.*, 2020; *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*, 2020b; Sachdeva *et al.*, 2020; Tscherning *et al.*, 2020).

Vers les soins virtuels: une approche interdisciplinaire

Une étude récente appuie l'idée que le suivi maternel et infantile peut être effectué en exploitant les technologies virtuelles émer-

gentes dans jusqu'à 87,3% des consultations post-partum, si la vidéoconférence est un moyen de communication disponible entre les institutions et le domicile des femmes. La télémédecine a déjà prouvé son bon fonctionnement dans le dépistage en santé mentale maternelle et le soutien psychologique à la nouvelle famille (Madden *et al.*, 2020). Pour planifier des interventions à distance basées sur des consultations vidéo efficaces et équitables, de futures enquêtes participatives auprès des femmes qui ont vécu leur grossesse pendant le confinement dans différents pays seraient indispensables. Elles fourniraient des renseignements clés pour comprendre les nouveaux besoins et le degré de satisfaction à l'égard des soins à distance. En tant que professionnel·le·s centraux·les, les sages-femmes et les obstétricien·ne·s devraient contribuer à présenter et à introduire petit-à-petit ces changements. Le principe d'interdisciplinarité devrait être exploité au maximum pour combattre avec succès la situation épidémique actuelle: la contribution conjointe des ressources humaines, technologiques et administratives est vitale (Wernli *et al.*, 2016).

Considérations en matière de durabilité

La durabilité des modèles alternatifs de soins prénatals et leur mise en œuvre dans les pays à faibles ressources sont particulièrement difficiles et méritent une attention particulière: le manque de moyen se rajoute à un accès limité aux appareils technologiques et à une connexion internet. Depuis la diffusion des télécommunications, la santé mobile (*m-health*) est utilisée dans plusieurs pays africains afin que les femmes vivant dans les communautés rurales puissent établir des contacts «distancés» avec les centres de santé pour être informées des calendriers et de l'accès aux soins pendant la grossesse (Arnaert *et al.*, 2019). Les études à venir devraient donc explorer comment adapter les ressources déjà disponibles aux nouveaux besoins des soins à distance.

Conclusions: de nouvelles pratiques à étudier

Les pratiques et les politiques mises en place pour lutter contre la pandémie de COVID-19 sont préliminaires mais essentielles pour conceptualiser l'orientation des

AUTEURE



Caterina Montagnoli,

nommée jeune sage-femme leader par l'Organisation mondiale de la santé, Women in Global Health et l'*International Confederation of Midwives* (yonm.org), chercheuse et assistante HES à Genève. Diplômée en Italie en 2014, elle a terminé son Master en *Global Health* en 2019. Grâce au travail communautaire dans plusieurs pays à revenu faible et intermédiaire, elle a développé un intérêt particulier pour la santé périnatale des populations vulnérables et des minorités.

études futures. L'isolement, de la quarantaine au confinement, a des objectifs intrinsèques de protection et pourtant des répercussions néfastes pour les femmes et les familles. Malgré les nombreux avantages des soins à distance pour les femmes enceintes et les agent·e·s de santé, on s'inquiète toujours de la façon d'identifier, de soutenir et d'aider les femmes enceintes qui peuvent être victimes de violence familiale et manquer des rendez-vous (Murphy, 2020; *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*, 2020b). L'évolution des modèles de soins prénatals devrait également s'enquêter de la satisfaction et des besoins sociaux des utilisateur·rice·s. Compte tenu de la transition vers les soins virtuels, les aspects pratiques à prendre en compte doivent comprendre le remboursement des consultations de télémédecine par les assurances maladie (Madden *et al.*, 2020; Peahl *et al.*, 2020). S'adapter à l'évolution des modèles de soins exigera une grande souplesse, mais cet effort est un facteur clé indéniable pour faire progresser et protéger les femmes et les institutions. ◉

Bibliographie et texte original: Montagnoli, C., Zanconato, G., Ruggeri, S., Cinelli, G. & Tozzi, A. E. (2021). Restructuring maternal services during the covid-19 pandemic: Early results of a scoping review for non-infected women. *Midwifery*, 94, 102916. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102916>

«Il était parfois difficile de répondre avec certitude»

Lea Dall'Armellina est sage-femme à la maternité des Hôpitaux Universitaires de Genève. Elle a travaillé dans l'unité COVID au post-partum à son ouverture et relate dans cet entretien comment les soins et l'accompagnement des femmes COVID positif ont été développés, dans un climat d'incertitude pour les soignant·e·s.

Obstetrica: Comment avez-vous été amenée à travailler auprès des patientes positives au COVID-19?

Lea Dall'Armellina: A cette époque j'étais au post-partum à la maternité des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG). Sur notre étage une partie a été aménagée en unité COVID-19 afin de recevoir les patientes nécessitant une hospitalisation prénatale ou après l'accouchement. Toutes les sages-femmes de mon équipe ont été appelées à travailler auprès de ces patientes sauf en cas d'importants facteurs de risque.

Rapidement, suite à la propagation du virus, toutes les patientes ont été testées afin de permettre d'isoler également les patientes COVID positif mais asymptomatiques.

Quand et comment la maternité s'est-elle organisée pour le suivi de la grossesse, l'accouchement et le post-partum de ces patientes?

Lors de la première vague, la maternité s'est rapidement organisée pour recevoir ces patientes. En général les patientes avec des

symptômes étaient isolées dès les urgences puis testées. Rapidement, suite à la propagation du virus, toutes les patientes ont été testées afin de permettre d'isoler également les patientes COVID positif mais asymptomatiques. Des boxes spéciaux, une salle d'accouchement, et une unité d'hospitalisation ont alors permis d'accueillir les patientes. Il a fallu réorganiser l'équipe pour détacher des sages-femmes, des aides-soignantes dédiées à cet espace, avec le matériel et les ressources nécessaires, en ne sachant pas exactement quelle serait l'incidence de cette population. Lors de la première vague, les vacances de tous les soignants ont été annulées et les consultations non essentielles également ce qui faisait que nous étions en effectif plus nombreux. Pour la deuxième vague, un *pool* COVID a été mis en place avec des sages-femmes supplémentaires.

Quel était votre rôle en particulier?

J'étais une sage-femme réalisant des soins auprès de femmes enceintes ou ayant accouché. Lors de la deuxième vague j'ai mis en place un guide permettant à tous les soignant·e·s arrivant parfois pour la première fois dans l'unité à connaître les particularités de la prise en soin et de l'organisation de ce service. Les directives changeaient rapidement en fonction des nouvelles découvertes,



AdobeStock

informations et mesures cantonales, institutionnelles et les monitrices du service et moi-même les mettions à jour.

Quelles différences concrètes dans l'accompagnement des femmes positives le COVID-19 impliquait-il (suivi de grossesse, accouchement, post-partum, lien avec la sage-femme indépendante,...)?

De manière générale, il y avait peu de différences en terme obstétrical car les femmes étaient pour la plupart asymptomatiques ou peu symptomatiques et stables. Mis à part bien entendu le look de robocop pour les soignant·e·s! Cela demandait une organisation car il faut s'habiller et se déshabiller entre chaque soin, rester vigilant sur les symptômes et préparer les retours à domicile en collaboration avec les sages-femmes à domicile largement mises à contribution avec l'augmentation des retours à domicile précoces. En effet les directives étaient de faire sortir le plus rapidement possible les patientes et leurs bébés si cela était possible afin de libérer un maximum de place. Ce qui changeait également beaucoup était en terme de visites car elles étaient autorisées uniquement pour le-la partenaire de la patiente ou d'une personne de référence, sauf si cette personne était COVID positif. Depuis la deuxième vague, les conjoint·e·s des pa-

Bien sûr les réactions variaient selon les personnes, mais la peur de ramener le virus à ses proches était présente pour chacun·e.

tientes COVID positif doivent demander une dérogation auprès du médecin cantonal pour venir au post-partum.

Quelles étaient leurs interrogations ou inquiétudes?

Les interrogations des patientes portaient principalement sur les risques pour la grossesse et le bébé. Auxquelles il était parfois difficile de répondre avec certitude. Nous avions aussi beaucoup de questions concernant le retour à domicile, les gestes à respecter, les règles de la quarantaine. Les mamans avec déjà d'autres enfants en bas âge étaient parfois paniquées en réalisant que les enfants plus grands ne pourraient pas aller à l'école ni sortir, et que les premiers jours à la maison seraient plus mouvementés que prévus. Les difficultés portaient aussi sur les visites des proches et de la famille: selon les liens familiaux, pour les fratries ou selon les cultures il était très douloureux pour les patientes de rester isolées durant leur séjour au post-partum. Surtout lorsqu'elles étaient asymptomatiques. Ce qui était extrêmement difficile était dans la situation où les bébés des mamans COVID positif se retrouvaient hospitalisés en néonatalogie: les parents ne pouvaient pas leur rendre visite, de peur de contaminer la néonatalogie. Seule consolation les parents pouvaient utiliser un système de vidéo-conférence... Bien entendu il y a eu aussi des patientes ou des couples qui ont perdu un proche parfois la veille ou le jour de la naissance de leur enfant du COVID-19... Et certaines patientes ont tout de même eu des formes graves et ont dû être hospitalisées dans des services de soins intermédiaires.

En tant que soignante, quelles étaient vos difficultés quant à ce suivi particulier?

Les premières fois cela demande beaucoup d'anticipation et d'organisation car il

faut avoir tout le matériel nécessaire sur place, une fois dans la chambre on essaie de faire le plus de soins possibles pour grouper et éviter de s'habiller et déshabiller et avoir des risques de se contaminer ou de propager le virus. Ce qui est parfois peu réalisable pour le suivi d'une maman stressée dont c'est le premier enfant, ou d'une maman dépassée par un bébé qui pleure beaucoup par exemple. Tout prend plus de temps du fait de cette phase d'habillage et de déshabillage. Lors de la première vague, il y avait encore beaucoup d'interrogations, la période était particulièrement anxiogène. Nous ne savions pas à quoi nous attendre vis-à-vis de ce virus ayant conscience de ne peut-être pas bien connaître ces risques et ces effets, que ce soit pour les patientes, leurs bébés mais aussi en tant que soignant·e-s. Bien sûr les réactions variaient selon les personnes, mais la peur de ramener le virus à ses proches était présente pour chacun·e.

A ce jour, combien de patientes positives les HUG ont-ils reçues? La structure Covid au sein de la maternité a-t-elle fonctionné en continu depuis sa création?

Je ne saurais pas vous dire le nombre exact. Actuellement nous avons diminué un peu les places à l'unité COVID, mais des patientes COVID sont régulièrement admises et prises en soin aux HUG. Le nombre varie au gré des vagues de l'épidémie.

Comment les choses sont-elles aujourd'hui organisées en salle de naissance pour les patientes COVID+?

Les patientes sont testées aux urgences ou en salle d'accouchement et sont isolées jusqu'au résultat. Si le résultat est positif elles restent isolées et la sage-femme s'habille et se déshabille à chaque fois qu'elle entre dans la salle (en essayant de grouper les soins au maximum); et si elle est négative

l'isolement est levé. Si elle est positive le-la conjoint·e peut rester pour l'accouchement car il-elle est déjà présent·e, et doit ensuite demander au plus vite une demande de dérogation du médecin cantonal pour pouvoir venir voir sa femme. C'est le médecin cantonal qui décide s'il peut aller ou non à la maternité si son test est négatif. S'il est positif, il me semble qu'il ne peut pas venir du tout.

Quels messages vous semblent importants à transmettre sur cet accompagnement spécifique?

Nous avons eu à cœur de continuer à prodiguer la même qualité de soins aux patientes COVID positif. J'espère que les mères/futures mères/couples gardent un bon souvenir de leur passage à la maternité malgré les circonstances compliquées et angoissantes. Je pense que nous avons fait preuve de solidarité aux seins des équipes, que nous avons réussi à bien coordonner notre collaboration avec les sages-femmes à domicile. Je pense qu'il est aussi important de reconnaître que la charge de travail dans une unité COVID est plus lourde que dans un service «lambda» à patient·e-s équivalent·e-s et qu'il est important de donner aux équipes les ressources nécessaires. Bien entendu il est primordial de continuer la prévention afin d'éviter les contaminations, mais il est aussi important de rassurer les futurs parents: ils seront pris en soin de la même manière, COVID positif ou non, car il nous faut à présent évoluer avec ce virus dans la nouvelle équation. ☺

Propos recueillis par correspondance par Jeanne Rey.

AUTEURE



Lea Dall'Armellina,
sage-femme à la maternité des
Hôpitaux Universitaires de Genève.



Das Mikronährstoffkonzentrat für Mutter & Kind

Kostenfreie
Probeflasche



Sie möchten LaVita kennenlernen und mehr zum Einsatz von Mikronährstoffen in Schwangerschaft und Stillzeit erfahren?

Dann fordern Sie unter info@lavita-swiss.ch
Stichwort: „LaVita probieren“
eine kostenfreie Probeflasche à 500 ml an.

- ✓ **Natürliche und ganzheitliche Optimierung** der täglichen Ernährung
- ✓ Hergestellt aus **über 70 hochwertigen Lebensmitteln**
- ✓ **Alle wichtigen Vitamine und Spurenelemente** in wissenschaftlicher Dosierung und dazu noch sekundäre Pflanzenstoffe und Enzyme in einem Produkt
- ✓ **Ergiebiges Konzentrat**, Flasche reicht für 50 Tage (bei 1EL/Tag)
- ✓ **Naturprodukt** ohne Konservierungs- und andere Zusatzstoffe
- ✓ Bioverfügbarkeit **wissenschaftlich bestätigt***
- ✓ **Praktische Anwendung**, einfach in den Alltag zu integrieren

* Neuroendocrinology Lett. 2015 Sep 12; 36(4): 337-347, Leitung Prof. Mosgöller, Universität Wien