

DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE
ANNÉE UNIVERSITAIRE 2021-2022

**L'IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE MARS-AVRIL 2020
SUR L'ANXIÉTÉ DES SAGES-FEMMES**

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

MÉMOIRE RÉDIGÉ ET SOUTENU PAR

Nadège WALD

Née le 23 mars 1998 à Altkirch

Présidente du jury : Mme Claude DOYEN

Directeurs de mémoire : Docteur Fanny DE MARCILLAC et Docteur
Chris MINELLA

Co-directrice de mémoire : Mme Anita BASSO



DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE
ANNÉE UNIVERSITAIRE 2021-2022

**L'IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE MARS-AVRIL 2020
SUR L'ANXIÉTÉ DES SAGES-FEMMES**

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

MÉMOIRE RÉDIGÉ ET SOUTENU PAR

Nadège WALD

Née le 23 mars 1998 à Altkirch

Présidente du jury : Mme Claude DOYEN

Directeurs de mémoire : Docteur Fanny DE MARCILLAC et Docteur
Chris MINELLA

Co-directrice de mémoire : Mme Anita BASSO

Remerciements

À toutes les personnes qui m'ont soutenu et ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire

À ma directrice de mémoire, Docteur Fanny De Marcillac, pour son accompagnement dans la réalisation de ce travail et pour le temps que vous m'avez consacré. Je remercie également Docteur Chris Minella, pour ses conseils et relectures dans la fin de mon suivi.

À ma co-directrice de mémoire, Madame Anita Basso, sage-femme enseignante, pour sa disponibilité, sa bienveillance, son accompagnement, ses relectures et ses conseils pour la rédaction de ce mémoire ainsi que tout au long de mes études.

À ma sœur Émilie, pour avoir pris le temps de m'accompagner dans la réflexion, la rédaction et ses conseils pour la réalisation de ce mémoire.

À un ami Nicolas, pour son aide dans la réalisation des statistiques et l'ensemble de ses conseils.

À Pascal, membre de la famille, pour son soutien dans l'élaboration des statistiques.

À l'ensemble des sages-femmes coordinatrices, pour m'avoir permis de diffuser mon questionnaire auprès de leur équipe et à toutes les sages-femmes ayant répondu à mon étude.

À mes parents, mon frère, pour leur soutien permanent, leur accompagnement tout au long de ces années d'études, dans la réalisation de tous mes projets. Je les remercie d'avoir toujours cru en moi.

À Héloïse, mon amie d'aventure et d'expériences lors de notre stage très enrichissant au Sénégal et à ses bons conseils dans mon projet.

À Madelyne et Ségolène, de très bonnes amies et futures collègues, pour leurs nombreux conseils, leur écoute et leur amitié au cours de ces quatre années à l'école.

À mon conjoint Nicolas, pour son soutien, sa patience, son optimisme et sa présence.

Table des matières

1.	Introduction	4
1.1.	Pandémie en 2020	5
1.1.1.	La cause de la pandémie : la Covid-19	5
1.1.2.	Circulation du virus	7
1.1.3.	Conditions pour les soignants	10
1.2.	Anxiété des sages-femmes	12
1.2.1.	L'anxiété	12
1.3.	Justification de l'étude	13
2.	Matériels et méthodes	15
2.1.	Type de l'étude	16
2.2.	Population étudiée, échantillonnage	16
2.3.	Méthode de mesure	16
2.3.1.	Type de questionnaire	16
2.3.2.	Mode de diffusion	17
2.4.	Analyse des données	18
2.4.1.	Codage	18
2.4.2.	Statistiques	18
2.5.	Aspect règlementaire et législatif	19
3.	Résultats	20
3.1.	Population générale de l'étude	21
3.2.	Exposition professionnelle à la Covid-19	22
3.3.	Impact de l'exposition professionnelle à la Covid-19 sur l'anxiété	23
3.3.1.	Facteurs professionnels	23
3.3.2.	Facteurs personnels	24
4.	Analyse et discussion	26
4.1.	Analyse des résultats	27

4.1.1.	Caractéristique de la population	27
4.1.2.	Exposition professionnelle au virus	28
4.1.3.	Gestion de l'anxiété	30
4.1.4.	Pandémies et anxiété	31
4.2.	Forces et limites de notre étude	31
4.2.1.	Forces de l'étude	31
4.2.2.	Limites de l'étude.....	32
4.3.	Perspectives de recherches	33
5.	Conclusion	34
6.	Bibliographie	37
7.	Annexes.....	41

Glossaire

C.H.U : Centre Hospitalier Universitaire

Covid : Corona Virus Associated Disease

GAD-7 : Generalized Anxiety Disorder 7

HAD : Hospital Anxiety and Depression scale

H.A.S : Haut Autorité de Santé

IUS-12 : Intolerance of Uncertainty Scale 12

MERS-CoV : Middle East Respiratory Syndrome

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SARS-CoV-2 : Severe Acute Respiratory Syndrome

STAI : State Trait Anxiety Inventory

1. Introduction

1.1. Pandémie en 2020

L'année 2020 a été marquée par l'apparition d'une maladie infectieuse, appelée Covid-19 (Corona Virus Associated Disease) ayant pour origine le virus SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome) (1). Cette maladie a été à l'origine d'une épidémie. Nous définissons une épidémie comme une augmentation rapide d'une maladie en un lieu donné sur un moment donné. (2) Le développement de cette épidémie a débuté en Asie, principalement en Chine Centrale et s'est très rapidement répandue sur l'ensemble de la planète, devenant une pandémie mondiale. La maladie a causé plus de deux cents millions de contaminations et a été responsable de quatre millions de décès au niveau mondial. (3)

1.1.1. La cause de la pandémie : la Covid-19

En décembre 2019, plusieurs cas de pneumonie inconnue sont survenus dans la ville de Wuhan, province d'Hubei en Chine Centrale. Cette ville est peuplée de 11 millions d'habitants, ce qui en fait une zone de forte densité de population. La majorité des patients atteints de cette pneumonie s'étaient rendus à un marché local de poissons et d'animaux sauvages (volailles, serpents, chauve-souris...). Des recherches scientifiques menées par le Dr Jianguo Xu sur la cause de cette pneumonie avait révélé l'apparition d'un nouveau type de coronavirus, nommé la Covid-19 (4).

Les coronavirus (CoV) font partie d'une grande famille de virus, infectants différents animaux ou l'Homme. Pour rappel, un virus est un organisme biologique infectieux défini par sa structure qui se reproduit uniquement en contaminant une cellule de l'organisme, appelé un hôte. Cette famille est à l'origine de rhumes voire d'une atteinte respiratoire telle qu'une pneumonie (5).

La Covid-19 ou maladie à coronavirus 2019 correspond à une maladie infectieuse affectant les voies aériennes et étant responsable d'un syndrome respiratoire aigu sévère. Le virus est de type zoonose, issu d'un animal hôte, domestique ou sauvage. On entend par zoonoses, des maladies animales infectieuses ou parasitaires transmises à l'Homme. Cette transmission compromet la santé des personnes contaminées. L'analyse phylogénétique du génome du SARS-CoV-2 démontre que le virus est lié à deux coronavirus de type SARS (bat-SL-CoVZC45 et

bat-SL-CoVZXC21) dérivés de chauve-souris collecté en 2018 dans l'Est de la Chine.(1)

La majeure partie des personnes infectées avaient développé une forme légère à modérée de la maladie avec un rétablissement spontané. Le diagnostic était essentiellement clinique avec apparition de différents symptômes tels que de la fièvre, la toux, l'asthénie, les diarrhées, les céphalées, des éruptions cutanées, une anosmie et/ou agueusie ainsi qu'une gêne respiratoire pouvant s'aggraver en détresse respiratoire aiguë. La période d'incubation est de quatorze jours, avant l'apparition des premiers symptômes. (6) Certaines personnes peuvent contracter la maladie de manière asymptomatique, on parle alors de porteurs sains.

La transmission peut se faire de plusieurs manières, directe par voie aérienne via la projection de gouttelettes respiratoires par des personnes contaminées en éternuant, en toussant ou en parlant. Ou, de manière indirecte, par contamination via des surfaces inertes infectées, la survie du virus pouvant aller jusqu'à plusieurs jours sur certaines surfaces (6).

Au sein de la population générale, certaines personnes sont plus à risques de développer des formes plus graves. Des facteurs de risques ont été évoqués : l'âge (65 ans et plus), l'obésité, le diabète, les pathologies chroniques respiratoires, des antécédents cardiovasculaires, la grossesse au troisième trimestre...

Des mesures de protection dites « barrières » ont été mises en place telles que le port du masque, la distanciation sociale, le respect des règles d'hygiène ainsi que des protocoles de prise en charge de patients infectés par la Covid-19 pour les soignants. Ces mesures ont été prises afin de freiner la circulation du virus, et par conséquent baisser la pression hospitalière. (7)

Il n'existe à l'heure actuelle pas de traitement curatif, le traitement étant uniquement symptomatique en limitant les effets désagréables de l'infection (fièvre, toux...) associé à un suivi médical à domicile dans les cas peu sévères. Une hospitalisation est souvent requise pour les cas sévères. Actuellement, le seul moyen de prévention repose sur la vaccination contre la Covid-19. En France, quatre vaccins sont reconnus par l'Agence européenne du médicament (EMA) : Pfizer, Moderna, AstraZeneca et Johnson & Johnson pour les personnes âgées de douze ans et plus. Tout au long de la grossesse, les femmes peuvent aussi réaliser cette vaccination. (8)

1.1.2. Circulation du virus

En Chine, dans la ville de Wuhan s'est développé le SARS-CoV-2, en décembre 2019. Le virus s'est propagé très rapidement durant les deux mois suivant sa découverte. Début janvier 2020, un premier cas avait été recensé hors de la Chine, en Thaïlande puis au Japon et en Corée du Sud. Les services aéroportuaires chinois ont cependant continué leur activité. Plusieurs aéroports avaient établi un dépistage des personnes de tous les avions en provenance de Chine. Les premiers cas étaient confirmés dans différents pays du monde début 2020 (9). En effet, avec la mondialisation, les différentes populations voyagent plus facilement et plus régulièrement. On assiste à une fluidification des échanges par l'essor des transports et des mobilités.

Fin janvier 2020, le virus avait atteint la France. En effet, trois malades avaient été confirmés suite à un séjour à Wuhan. Petit à petit, les pays voisins diagnostiquaient également des cas de Covid-19. Mi-février, la circulation s'était accentuée par un rassemblement de plus de deux mille personnes en Alsace qui sera le point de départ du foyer de contagion en France et dans les pays transfrontaliers. Suite à cela, la propagation du virus a été fulgurante sur l'ensemble du territoire français.

Afin de freiner la transmission du virus, l'état français avait instauré un confinement strict de dix semaines dès le 17 mars 2020. Ce confinement avait pour objectif de limiter les contacts en privilégiant le travail à domicile (télétravail) et en fermant les écoles (10).

Certaines régions françaises ont été plus touchées que d'autres par la Covid-19. Le taux d'incidence a été calculé par le nombre de nouveaux cas positifs au coronavirus pour 100 000 habitants. Ce taux a permis d'adapter les conduites à tenir pour chaque région.

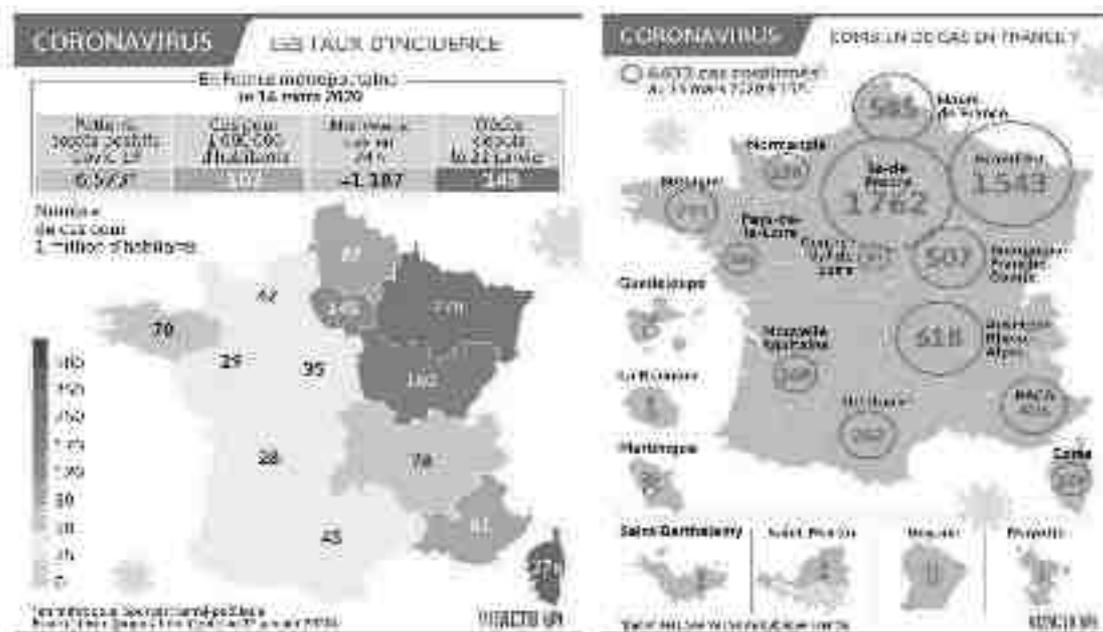


Figure 1 : Taux d'incidence et cas confirmés par la Covid-19 en France au 16 mars 2020 (source : Santé publique France)

Début mars 2020, la circulation du virus était principalement présente dans l'Est de la France. On observe effectivement que le Grand-Est avait un taux d'incidence à 278. Ce taux était le plus élevé sur l'ensemble du territoire français, ceci était en lien avec le point de départ du foyer de contagion. En outre, la région d'Ile-de-France présentait 1762 personnes infectées par la Covid-19 contre 1543 personnes dans le Grand-Est. Cette différence peut s'expliquer par un taux de population plus important en Ile-de-France, prenant les transports en commun, la circulation du virus se fait alors plus rapidement. Un classement des régions les plus touchées s'observe sur ces deux cartes. On constate une différence par rapport aux cas confirmés et aux taux d'incidences par région qui peut s'expliquer par le nombre d'habitants. (Cf. Figure 1)

Fin mars 2020, les hospitalisations sont concentrées principalement dans le Grand-Est et l'Ile-de-France.

Le nombre de cas confirmés à la Covid-19 est en corrélation avec le taux d'hospitalisation. En effet, ces régions avaient 1500 à 2999 personnes hospitalisées contre 500 à 1499 personnes atteints de la Covid-19 dans les autres régions (Cf. Figure 2). Certains hôpitaux ont été tellement submergés de malades atteints du coronavirus que certains des patients ont dû être transférés dans d'autres régions. Ces transferts ont permis de diminuer la surcharge de travail.

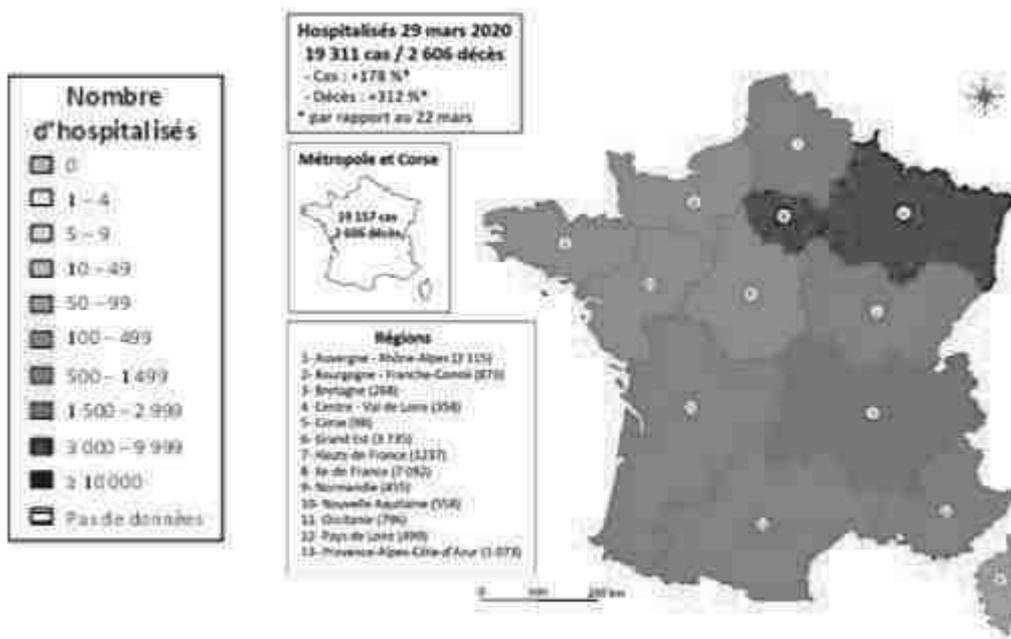


Figure 2 : Taux d'hospitalisation par région au 29 mars 2020 (source : Vidal)

Un mois plus tard, le taux d'hospitalisation était identique à celui du 29 mars 2020. Le taux d'incidence était supérieur à 20 pour 100 000 habitants. Ce taux était majeur dans le Grand-Est et l'Île-de-France. Le Nord et le Sud-Est de la France affichaient un taux entre 10 et 20. (Cf. Figure 3). Le Sud-Ouest a été très faiblement touché par la Covid-19 d'après les différentes cartes observées. Malgré les mesures gouvernementales, ces taux n'ayant pas diminué, le confinement a été prolongé.



Figure 3 : Taux d'hospitalisation pour 100 000 habitants pour Covid-19, sur la période du 22 au 28 avril 2020, par région en France (source : SI-VIC)

1.1.3. Conditions pour les soignants

Les hôpitaux ont été débordés par des arrivées massives de patients présentant des formes graves de la maladie du fait d'une propagation rapide du virus. Cela s'est traduit par une augmentation de la mortalité au sein des différents services de soin. L'ensemble du personnel soignant s'était trouvé rapidement en première ligne face à la gestion des patients atteints de la Covid-19. L'aspect inconnu de la maladie a été difficile à gérer aussi bien pour les patients que pour les soignants. Un nombre important de patients ont été admis à l'hôpital en très peu de temps, nécessitant parfois une restructuration des services.

Afin de respecter les mesures barrières, l'ensemble du suivi obstétrical avait également été réorganisé. (11) Les femmes enceintes et les jeunes mères se devaient d'être le moins de temps possible à l'hôpital, devenu un foyer de la Covid-19. Dans un premier temps, les sages-femmes libérales ont réétudié l'ensemble de leurs activités pour s'adapter à la situation. Leurs cabinets ont été fermés afin que les soins soient effectués au domicile des patientes. Elles avaient pris en charge de nombreuses sorties précoces, notamment de jeunes accouchées ; soit six heures après leur accouchement. Avant cette crise sanitaire, les cours de préparation à la naissance étaient effectués en groupe collectif, au cabinet ou à l'hôpital.

Courant de mars 2020, ces cours ont été réalisés par téléconsultation individuelle, devenant officiel le 1^{er} avril 2020. (12) Concernant les consultations

obstétricales, celles-ci ont été menées dans les cabinets de ville plutôt qu'à l'hôpital où elles avaient lieu habituellement. Le suivi échographique a été maintenu, sans accompagnant, néanmoins ses différents éléments ont permis de suivre et d'accompagner les couples malgré la pandémie. Cette situation a procuré une forte inquiétude chez les patientes sur les conditions de l'accouchement et notamment la place de l'accompagnant.(13) Le contact direct avec les patientes durant la grossesse est primordial afin de répondre à leurs questionnements et les guider.

Certaines maternités ont organisé une unité Covid, afin de regrouper l'ensemble des femmes enceintes et des accouchées confirmées ou supposées affectées par la Covid-19, limitant la circulation du virus.

Les sages-femmes sont amenées à être en contact direct auprès de leurs patientes ou encore de leur entourage. Ce virus est invisible mais bien présent, il faut se protéger. Effectivement, elles ont prodigué des soins parfois sans protection adaptée. À l'hôpital, le matériel de protection fut rare : très peu de masques, de gel hydroalcoolique... Très souvent indisponibles par manque de réserve générale. Officiellement le 17 mars 2020, les sages-femmes libérales avaient eu accès à six masques chirurgicaux par semaine. (12)

Ces sages-femmes furent en première ligne de cette crise sanitaire aussi bien en milieu hospitalier qu'en libéral. La surcharge de travail, l'inadéquation appréhendée ou réelle entre la demande de soins, les moyens disponibles et l'exposition répétée à des patients infectés ont induit une peur d'être contaminés ainsi qu'un épuisement des ressources.

La méconnaissance de la Covid-19 a exposé les sages-femmes à un contexte anxigène. Les conséquences de ce virus sur les femmes enceintes ou encore sur le nouveau-né étaient totalement inconnues. L'ensemble de ces éléments peuvent concourir à une atmosphère anxigène plus conséquente au fil des jours.

1.2. Anxiété des sages-femmes

Le métier de sage-femme est une profession médicale qui assure la surveillance et le suivi de la grossesse. Elle dispense également des soins à la mère et à l'enfant après l'accouchement en ayant une relation directe avec les patientes. Ainsi, le cœur du métier se fait par l'écoute et le soutien des patientes. Cependant, cette communication a pu être altérée face à la situation d'urgence. Ce virus a confronté les professionnels de santé à des moments de doute, d'incertitudes procurant un contexte anxiogène.

1.2.1. L'anxiété

L'anxiété se définit comme « un trouble émotionnel qui se manifeste par un sentiment d'insécurité, d'appréhension, de tension, de malaise ». (14) Cette émotion est très souvent ressentie comme désagréable, perçue comme une peur, une inquiétude face à des situations peu ordinaires. Il s'agit d'un comportement « normal » présent chez tous les individus. L'anxiété peut se manifester par des symptômes psychologiques, par des angoisses, difficultés à se concentrer ; des symptômes physiques comme des palpitations cardiaques, des tensions musculaires, une sensation d'étouffement, des sueurs, des insomnies. L'anxiété agit sur l'état physique et psychologique des personnes. Elle peut avoir différentes formes telles que l'anxiété généralisée, les phobies, les troubles de panique ou d'obsession voire des troubles obsessionnels compulsifs. Pour toutes les formes de l'anxiété, les manifestations y sont similaires. (15)

Cependant, si l'anxiété persiste, on parle de troubles anxieux. La perception de l'évènement exerce une grande influence sur l'intensité de l'anxiété vécue. Ainsi, chaque personne peut vivre l'anxiété à des degrés et intensités qui lui sont propres. Le manque d'information ou des informations contradictoires peuvent augmenter ces réactions. Notamment, lors de cette pandémie, beaucoup d'informations étaient transmises aux soignants, souvent incertaines puis corrigées par la suite. Ces conditions sont sources d'une augmentation de l'anxiété.

Différents facteurs peuvent être liés à l'anxiété. En 2020, El-Hage et al ont étudié les risques associés à l'exposition des soignants à la Covid-19, sur leur santé

mentale.(16) Ils ont démontré que la source de leur anxiété était liée à des facteurs organisationnels aussi bien professionnels que personnels : déficit d'équipement de protection individuelle, réaffectation de postes, manque de matériel de soins, bouleversement de la vie quotidienne familiale et sociale. Des facteurs de risques ont été identifiés tels que la crainte de contaminer ses proches, un haut niveau de stress au travail, l'absence de soutien et l'isolement social.

1.3. Justification de l'étude

La pandémie à Covid-19 s'est répandue très rapidement, en très peu de temps sur l'ensemble de la planète. Les informations sur le virus furent massives et parfois incertaines. Le système de soins s'est vu restructuré, parfois de manière chaotique du fait de l'urgence sanitaire. Une atmosphère pesante s'est rapidement installée. En effet, le manque d'informations concrètes a pu inquiéter les soignants. La peur et l'angoisse se sont développées face au virus.

L'augmentation rapide du nombre de contaminations a engendré angoisse et anxiété au quotidien avec la crainte d'être contaminé ou alors de transmettre le virus aux patients ou à ses proches.

Les sages-femmes étaient des soignantes en première ligne au cours de cette pandémie. Certaines ont pu être affectées à des unités Covid où elles côtoyaient directement des femmes affectées par la Covid-19.

Les gestes barrières, protocoles et procédures spécifiques à appliquer ainsi que le climat général de stress ont pu jouer sur leur niveau d'anxiété.

Ainsi, nous pouvons nous demander si la prise en charge des patientes infectées par le SARS-Cov-2 au cours de la crise sanitaire de mars-avril 2020 a eu une influence sur le niveau d'anxiété des sages-femmes exerçant dans les CHU français.

Nous avons donc émis une hypothèse selon laquelle le niveau d'anxiété des sages-femmes a pu être modulé par des facteurs professionnels et personnels lors de la pandémie.

L'objectif principal de notre travail était d'évaluer si l'exposition professionnelle à la Covid-19 a influencé le niveau d'anxiété des sages-femmes. Secondairement, nous

cherchons à évaluer si d'autres facteurs professionnels et/ou personnels ont eu un impact sur l'anxiété des sages-femmes durant la pandémie.

Nous allons évoquer le matériel et les méthodes qui nous ont permis de réaliser ce travail. Nous détaillerons nos résultats par la suite en passant par nos points forts et les limites de l'étude à travers la discussion, avant de conclure.

2. Matériels et méthodes

2.1. Type de l'étude

Il s'agissait d'une étude multicentrique, nationale, observationnelle analytique, réalisée au sein de 32 Centres Hospitaliers Universitaires (C.H.U) de France durant la période du 24 mars au 16 juin 2021.

2.2. Population étudiée, échantillonnage

La population étudiée correspond aux sages-femmes exerçant au sein de l'un des 32 C.H.U français (Cf. Annexe I), ayant travaillé sur la période de mars à avril 2020 dans un C.H.U de France et acceptant de répondre au questionnaire. Les questionnaires incomplets ont été exclus de l'analyse.

2.3. Méthode de mesure

Un questionnaire a été établi pour évaluer le niveau d'anxiété des sages-femmes lors de la première crise sanitaire de la Covid-19. Ce questionnaire a été envoyé dans les différents C.H.U de France (Cf. Annexe II). Ce dernier a été l'outil de mesure permettant de recueillir un maximum de données précises auprès des participants.

La méthode de recueil choisie est un questionnaire semi-ouvert, en ce sens, il comprend vingt-neuf questions avec des questions fermées à choix binaire (oui ou non), des questions à choix multiples, à réponse unique ainsi que des questions ouvertes. Les questions choisies sont courtes, claires et précises. Ce questionnaire à l'avantage d'être facile et rapide à compléter.

2.4. Type de questionnaire

Ce questionnaire quantitatif était composé de trois parties :

- La première partie interrogeait les sages-femmes sur leur situation personnelle et professionnelle : la tranche d'âge, la situation familiale, les années d'expériences professionnelles, le type de maternité et le lieu d'exercice par région.
- La deuxième partie s'intéressait aux conditions sanitaires depuis le début de la pandémie de la Covid-19. Elle est axée sur la mise en place d'une unité Covid

et de la prise en charge de patientes infectées au sein du centre hospitalier. D'autres questions portaient sur la vie personnelle des sages-femmes notamment si celles-ci ont été infectées par la Covid-19, si oui, par quel biais (exposition professionnelle ou personnelle) ou encore si leur entourage avait été affecté par la maladie.

- Enfin, la troisième partie s'orientait sur le degré d'anxiété des sages-femmes. Le niveau d'anxiété a été évalué par l'échelle Hospital Anxiety and Depression scale (HAD) validée par la Haute Autorité de Santé (HAS) (17). Sept questions se rapportaient à l'anxiété, mesurée sur une échelle allant de 0 signifiant « pas d'anxiété » à 3 « haut degré d'anxiété ». On obtient un score maximal à 21 calculé par l'addition des réponses à chaque question. L'interprétation du score permettait de dépister la symptomatologie anxieuse des sages-femmes. Une absence de symptomatologie se caractérisait par l'obtention d'un score de 7 ou moins. En revanche, un score compris entre 8 et 10 signifiait une symptomatologie douteuse. Elle sera confirmée et certaine par un score total de 11 ou plus. (Cf. Annexe III)

Dans la description des résultats, nous avons choisi d'utiliser l'italique pour mettre en avant les caractères du questionnaire.

2.5. Mode de diffusion

Le questionnaire a été diffusé par internet via le logiciel LimeSurvey (V3). Transmettre le questionnaire en ligne a permis d'optimiser le temps de réponse qui était plus rapide. De plus, le logiciel a permis d'obtenir les réponses de manière anonymisée.

Les cadres supérieur(e)s ou coordinateurs/rices des maternités de l'ensemble des trente-deux C.H.U de France ont été contactés par mail. Ces derniers ont fait le relais aux sages-femmes afin de leur transmettre le questionnaire.

Le questionnaire a été diffusé sur une période de trois mois, du 24 mars au 16 juin 2021, afin de recueillir un maximum de réponses exploitables.

2.6. Analyse des données

Ce questionnaire a été analysé par une méthode quantitative via une retranscription des données. L'ensemble des données recueillies a été exporté et analysé sur le logiciel Excel. L'analyse se faisait en deux étapes : le codage des variables et la création de tableaux.

2.6.1. Codage

Le codage de chaque variable nous a permis un meilleur visuel afin de faciliter l'analyse. Nous avons pu synthétiser les données pour pouvoir les comparer.

2.6.2. Statistiques

L'analyse de la population générale et les tests statistiques ont été établis à l'aide du logiciel Excel (Version 2019) et le logiciel Graphpad prism© (Version 9).

À l'aide de ce logiciel, nous avons utilisé deux tests statistiques nécessaire pour l'analyse. Le test « two-way » Anova a permis une analyse prenant en compte deux facteurs de variabilité. Le test post-hoc Bonferroni à comparaisons multiples a ensuite été utilisé pour corriger le seuil de significativité lors de comparaisons multiples, notamment pour les facteurs personnels et professionnels dont l'implication dans l'évolution du niveau d'anxiété a été analysé dans cette étude.

Ainsi, nous avons pu établir des graphiques, nous permettant une visualisation des résultats. Les tests réalisés donnaient la p-valeur qui est représentée sur les graphiques par un nombre d'étoiles tel que :

- * correspond à $p < 0,05$
- ** correspond à $p < 0,01$
- *** correspond à $p < 0,001$
- **** correspond à $p < 0,0001$

Afin d'avoir des données plus précises, nous avons associé le groupe de personnes anxieuses et celles ayant une anxiété douteuse. Ainsi, la comparaison portait sur deux groupes : les personnes ayant une anxiété confirmée ou non.

Parmi les facteurs professionnels, les zones de circulation du virus peuvent influencer le taux d'anxiété des sages-femmes. Le questionnaire mettait en évidence six régions : *Quarts Nord-Est, Sud-Est, Nord-Ouest, Sud-Ouest, Ile de France* et le *Centre*. Elles ont été regroupées en deux régions en fonction de la circulation du virus. On distingue la région à faible circulation du virus regroupant le *Quart Sud-Ouest* et le *Nord-Ouest* et la région à forte circulation du virus qui comprenant les autres zones.

2.7. Aspect règlementaire et législatif

Les sages-femmes participantes à l'étude se sont vu(e)s informé(e)s de l'objectif de l'étude. Concernant les données collectées, celles-ci étaient conservées uniquement pour la durée de l'étude et ne seront en aucun cas divulguées à des tiers.

3. Résultats

3.1. Population générale de l'étude

Au total 571 sages-femmes hospitalières du territoire français ont répondu au questionnaire dont 529 réponses complètes ont été retenues. La population générale de l'étude est composée à 96,8% de *femmes* (512 personnes) et 3,2% d'*hommes* (17 personnes) dont la majorité a un *âge entre 30 et 40 ans* (30,1%).

Sur le plan personnel, 84,5% des sages-femmes sont en *couples et mariés*, 10,4% sont *célibataires*. Une minorité est concernée par le *divorce* (4,7%) et le *veuvage* (0,4%).

62,6% des sages-femmes ont des *enfants*, représentant la majorité des personnes ayant répondu au questionnaire.

Sur le plan professionnel, la majorité des sages-femmes sont *diplômés depuis au moins 10 ans* (65%) et exercent majoritairement dans des *maternités de type 3* (87,7%). Ce type de maternité correspond aux lieux pouvant accueillir les grands prématurés et spécialisés dans le suivi des grossesses pathologiques.

Un faible taux de réponse a été constaté pour la *région Ile de France* (0,2%), contrairement aux autres régions où le taux de réponse est globalement homogène (environ 20%). (Figure 4)

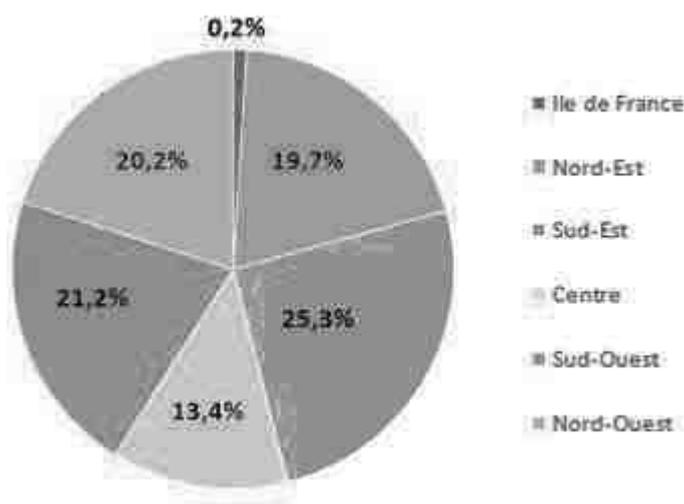


Figure 4 : Taux de réponses au questionnaire par région en France

Durant la période mars-avril 2020, 68,4% de sages-femmes révèlent qu'une *unité Covid* a été mise en place au sein de leur CHU. La majorité des sages-femmes (89,8%) n'a pas été *infecté par la Covid-19*.

3.2. Exposition professionnelle à la Covid-19

Nous avons comparé le taux d'anxiété des sages-femmes ayant travaillé dans une *unité Covid* avec le taux de celles qui n'y ont pas travaillé, grâce à l'échelle HAD.

Dans la population globale étudiée, 60% de personnes ne possédaient pas de symptômes d'anxiété (318 personnes) contre 40% de personnes présentant une anxiété confirmée (211 personnes).

Dans les **unités conventionnelles** : 36% des sages-femmes se sont déclarées anxieuses contre 64% déclarées non anxieuses (Score HAD moyen = 10,28 versus 4,60 ; $p < 0,0001$) (Figure 5A et C).

De la même manière, au sein des **unités Covid**, une majorité de sages-femmes se sont déclarées non anxieuses (58%, Score HAD moyen = 4,67 contre 4,60 ; $p < 0,0001$) (Figure 5B et C). Nous pouvons cependant constater une augmentation significative de sages-femmes se déclarant anxieuses dans les *unités Covid* en comparaison aux *unités conventionnelles* (Score HAD moyen= 10,85 contre 10,28 unité conventionnelle ; $p < 0.0001$).

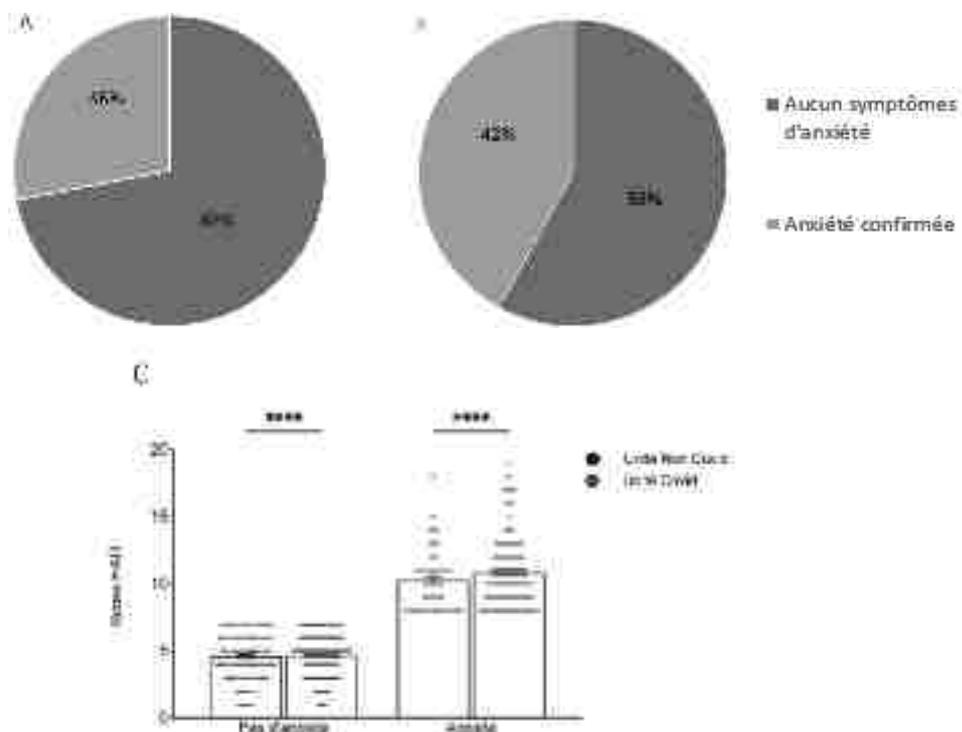


Figure 5 : Mesures du score d'anxiété des sages-femmes travaillant ou non dans une unité Covid

3.3. Impact de l'exposition professionnelle à la Covid-19 sur l'anxiété

L'exposition professionnelle à la Covid-19 a entraîné un taux d'anxiété plus important pour les sages-femmes exerçant dans une *unité Covid* pendant la crise sanitaire de mars-avril 2020. Ainsi, nous avons voulu étudier l'implication de divers facteurs professionnels et personnels liés au niveau d'anxiété des sages-femmes.

3.3.1. Facteurs professionnels

Pendant la crise, 82,8% de sages-femmes ont pris en charge une *patiente affectée par la Covid-19*. Près de 60% de sages-femmes avaient le *sentiment que cette prise en charge était bien codifiée*. Dans la majorité des cas, elles estimaient avoir eu suffisamment de *matériel de protection* (94%).

Dans la **région à faible circulation** : 67% des sages-femmes se sont déclarées non anxieuses contre 55% dans la région à forte circulation du virus (Score HAD moyen = 4,61 versus 4,68 ; $p > 0,9999$).

Dans la **région à forte circulation**, aucune différence du taux d'anxiété n'a été constatée et ceci indépendamment de la présence du virus ou non (moyenne score HAD= 10,79 contre 10,60 ; $p > 0,9999$). (Figure 6)

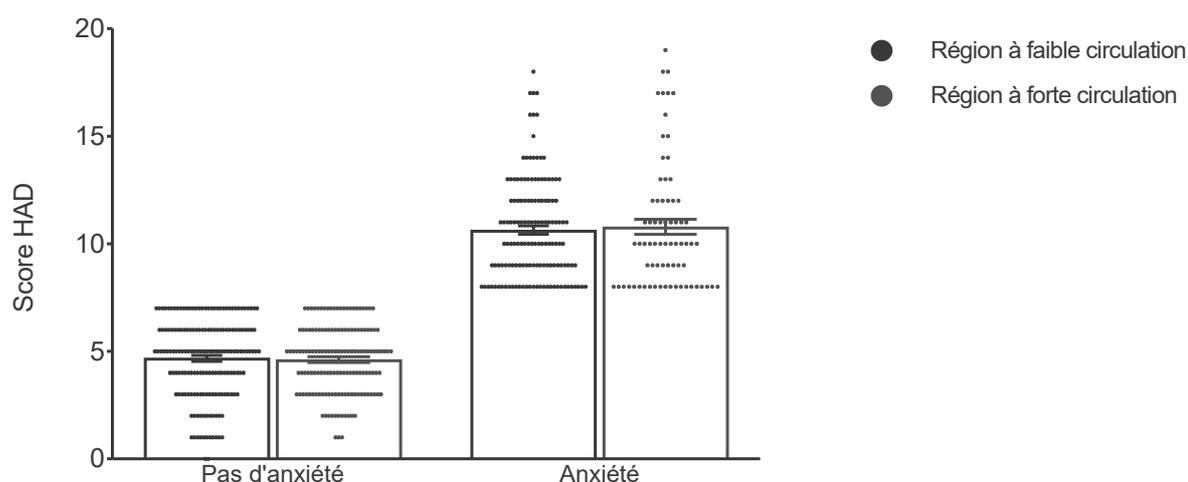


Figure 6 : Mesure du score d'anxiété des sages-femmes par rapport à la circulation du virus

Concernant le *type de maternité*, la *date de l'obtention du diplôme d'état* et la *prise en charge de patiente infectée par la Covid-19*, aucun lien significatif n'a été mis en évidence entre ces facteurs et l'anxiété des sages-femmes.

3.3.2. Facteurs personnels

Sur le plan de la pandémie, 10,2% des sages-femmes interrogées ont été infectées par la Covid-19, mais n'ont majoritairement pas présenté de forme grave (94,4%). Même si 77,3% des sages-femmes ont connu dans leur entourage proche des infections à la Covid-19, la grande majorité n'ont pas eu à faire face à un décès (82,6%).

Une infection à la Covid-19 n'a pas eu d'impact sur le niveau d'anxiété des sages-femmes. En effet, le score HAD moyen n'était pas différent pour le groupe ne déclarant pas d'anxiété comparé à celui en présentant une (moyenne score HAD = 4,63 contre 4,89 ; $p > 0,9999$). De plus, les personnes avec une anxiété confirmée présentaient en moyenne une réponse similaire entre celles ayant contracté le virus ou non (moyenne score HAD= 10,69 contre 10,82 ; $p > 0,9999$) (Figure 7).

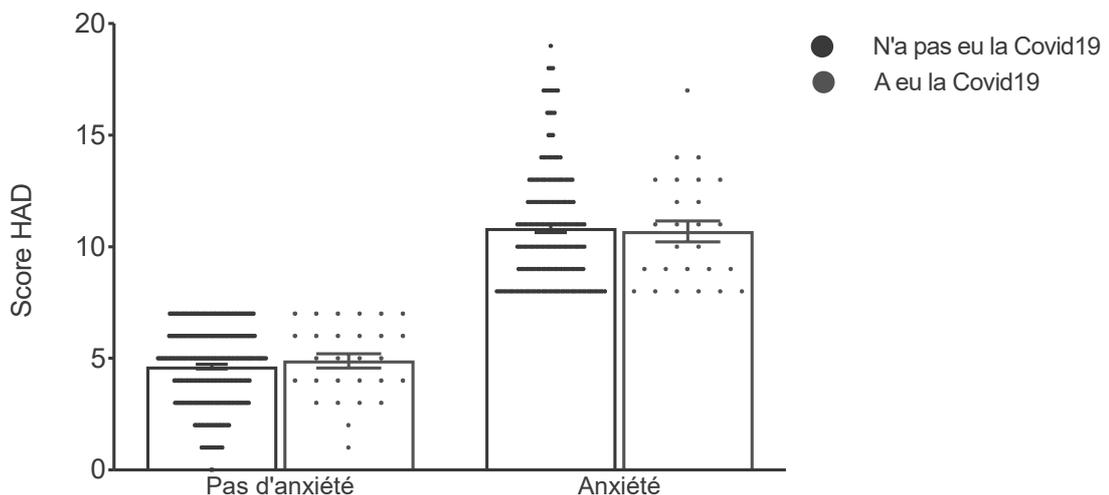


Figure7 : Mesure du score d'anxiété des sages-femmes ayant ou non été infectées par la Covid-19

Aucun lien significatif n'a été mis en évidence entre l'âge et l'anxiété des sages-femmes.

Sur l'ensemble des réponses obtenues, 3,6% des sages-femmes ont eu besoin d'un *suivi psychologique*. L'aide a été proposée par leur CHU dans 21,1% des cas.

Aucun lien n'a été mis en évidence entre le *suivi psychologique* et l'anxiété dans le groupe des soignants ne présentant pas de symptômes d'anxiété (moyenne de score HAD = 6,33 contre 4,63 ; $p = 0,4477$). (Figure 8). Cependant, les sages-femmes ayant un *suivi psychologique* lors de la crise dévoilaient un niveau d'anxiété plus élevé (84% contre 38%). Une différence significative était présente chez les sages-femmes ayant une anxiété confirmée entre celles qui ont été *suivies psychologiquement* et celles qui ne l'ont pas été (Score HAD moyen = 13 contre 10,50 ; $p = 0,0002$). (Figure 8)

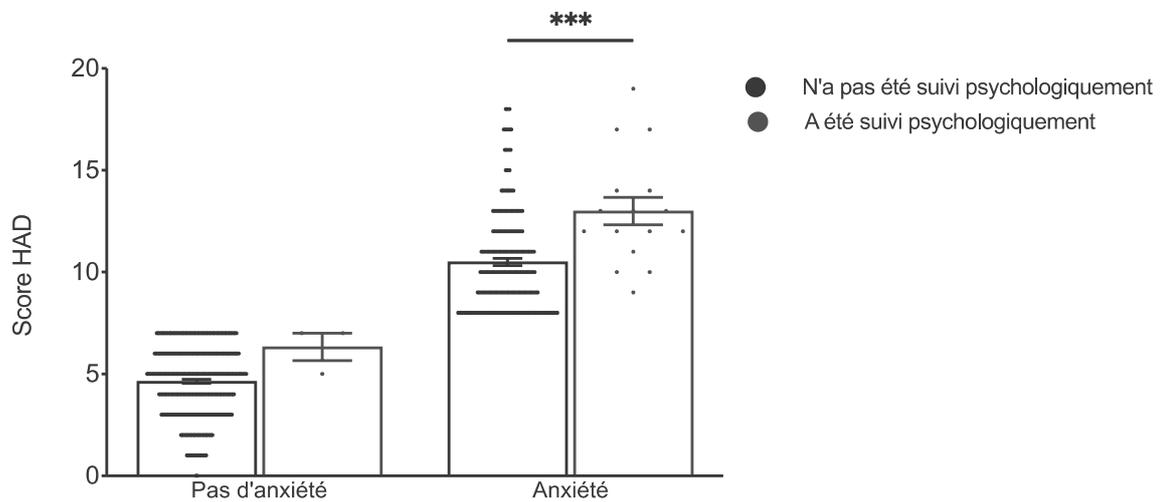


Figure 8 : Mesure du score d'anxiété des sages-femmes étant ou non suivi psychologiquement

4. Analyse et discussion

L'étude avait comme objectif d'évaluer si l'exposition professionnelle à la Covid-19 ainsi que l'identification d'autres facteurs professionnels ou personnels ont pu engendrer un impact sur l'anxiété chez les sages-femmes lors de la crise sanitaire en mars-avril 2020.

L'hypothèse principale était que le niveau d'anxiété des sages-femmes a pu être modulé par des facteurs professionnels et personnels lors de la pandémie.

Dans un premier temps, nos résultats seront interprétés puis confrontés à la littérature actuelle. Dans un second temps, nous tenterons de valider notre hypothèse. Pour finir, les forces et les limites de l'étude ainsi que les nouvelles perspectives de recherches seront présentées.

4.1. Analyse des résultats

4.1.1. Caractéristique de la population

En France, on compte environ 10 000 sages-femmes exerçant dans un centre hospitalier universitaire. (18) À l'issue du questionnaire de l'étude, 529 réponses ont été obtenues, correspondant à environ 5,29% de cet effectif. Une large majorité de réponses ont été données par des femmes (96,8%) alors que seules 3,2% provenaient d'hommes. En effet, même si le pourcentage de femmes sage-femme est bien supérieur à celui d'hommes sage-femme, le taux de réponse de ces derniers ne permet donc pas d'évaluer l'anxiété liée au genre. Dans la population générale, on reconnaît que les femmes sont plus anxieuses que les hommes. En effet, on considère environ 1,5 à 2 femmes anxieuses pour un homme. Ce qui pourrait expliquer un taux d'anxiété chez les sages-femmes plus conséquent que dans d'autres types de professions. (19)

À cela s'ajoute le fait que, l'une des régions où le virus a le plus circulé (Ile de France) ne corresponde qu'à 0,2% de réponses apportées au questionnaire. L'absence de résultat significatif pour l'analyse du lien entre l'anxiété et la circulation du virus peut donc s'expliquer par le faible taux de réponse dans ces régions.

Enfin, on peut noter que seul un faible pourcentage de sages-femmes de moins de 25 ans ont répondu aux questionnaires, posant la question de la qualité de l'analyse de l'influence de l'anxiété dans cette population. Aucune explication n'est à ce jour

connue, mais nous pouvons supposer que les sages-femmes des régions à fortes circulation virale ont préféré tourner la page sur la pandémie. Suite à cette pandémie, des sages-femmes hospitalières se sont potentiellement installées dans le milieu libéral pouvant expliquer aussi un plus faible taux de réponses.

Un regard critique doit donc être apporté à l'étude menée, puisque les populations analysées sont hétérogènes pour plusieurs critères et ne permettent pas la généralisation des résultats obtenus, ni à l'ensemble du territoire métropolitain, ni à l'ensemble des populations étudiées.

4.1.2. Exposition professionnelle au virus

Un lien entre l'anxiété et l'exposition à la Covid-19 a été clairement mis en évidence. Une augmentation significative des scores HAD a été constatée dans les groupes ne présentant pas (Score HAD moyen = 4,67 unité Covid contre 4,60 unité conventionnelle ; $p < 0,0001$) et présentant une symptomatologie anxieuse (Score HAD moyen = 10,85 unité Covid contre 10,28 unité conventionnelle ; $p < 0,0001$). (Cf. Figure 5). Ce résultat montre que l'exposition à la Covid-19 influe sur le niveau d'anxiété des sages-femmes même lorsque l'anxiété n'est pas symptomatologique. Un article publié en août 2020 par Philippe Vignaud et Nathalie Prieto, a en effet montré que les soignants étant en contact avec des patients confirmés Covid ont un niveau d'anxiété plus élevé. Celui-ci stipulait également que « les infirmiers semblaient plus impactés que les médecins » (20) concernant le niveau d'anxiété, ce qui démontre que les personnes prodiguant des soins en continu et proches des patients sont plus à risque de développer des troubles d'anxiété. Ceci peut s'appliquer aux sages-femmes qui sont très souvent proches des patientes aussi bien dans la réalisation des soins que dans leur accompagnement, les exposant davantage au virus.

Cependant, ce lien n'a pas été retrouvé chez les personnes ayant été infectées par la Covid-19. Ce résultat non significatif peut s'expliquer par le faible taux de réponse des régions à forte circulation du virus avec un fort taux d'infections. La population étudiée comportait une majorité de sages-femmes diplômées depuis plus

de 10 ans, dont leurs expériences face à des situations inhabituelles ont pu limiter les effets à l'exposition de la Covid-19.

L'évaluation du niveau d'anxiété avait été réalisée dans notre étude par l'échelle HAD. En comparaison, une étude finlandaise réalisée en décembre 2020 par Anna-Kaisa Parkkila et al avait mis en évidence une évolution du taux d'anxiété chez les travailleurs hospitaliers en utilisant une autre échelle de mesure de l'anxiété GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder 7). (21) Cette échelle permet d'estimer le niveau d'anxiété généralisé des hospitaliers comparé à l'échelle HAD qui dépiste l'existence de symptomatologie tout en évaluant le niveau de sévérité lié à l'anxiété. En effet, l'échelle HAD est plus précise que l'échelle GAD-7 puisqu'elle établit un diagnostic indiquant si la prise en charge d'un spécialiste est nécessaire. Cette étude démontrait également que le niveau d'anxiété était supérieur pour les personnes travaillant dans un C.H.U comparé à celles exerçant dans un hôpital périphérique. L'hypothèse serait un regroupement de pathologies lourdes et de cas rares aussi bien en médecine générale qu'en obstétrique. S'y ajoute la nécessité d'être à jour dans les connaissances et compétences en lien avec sa profession (médecins, infirmiers, sages-femmes...) engendrant déjà de base un niveau de stress et d'anxiété non négociable. Ces professionnels de santé sont également amenés à côtoyer différentes situations dont cette crise sanitaire qui a entraîné un grand bouleversement.

L'impact psychologique des infirmières et des sages-femmes pendant la première vague avait également été étudié par une équipe turque en octobre 2020. (22) Pour ce faire, l'équipe a utilisé trois outils de mesure : un questionnaire de renseignements, un inventaire d'anxiété des traits d'état (STAI) et une échelle d'intolérance à l'incertitude (IUS-12) permettant d'évaluer le niveau d'anxiété. L'étude avait démontré que la pandémie était responsable d'une modification et d'une augmentation des effets psychologiques de ces professionnels de la santé (42,6% des soignants ont eu besoin d'un soutien psychologique, 68,2% avaient une peur de contaminer les membres de leur famille). (22) Le taux d'anxiété est important face à la pandémie, mais, plus particulièrement la peur de contaminer la famille.

Ces différentes études menées en Finlande (21) et en Turquie (22) ont relevé une augmentation de l'anxiété du personnel hospitalier lors de la crise sanitaire à la Covid-19. La pandémie a entraîné un grand bouleversement dans les vies

professionnelles et personnelles des soignants. Le niveau d'anxiété a été évalué par différents outils, tout autant fiable pour leur type de population. La diversification des échelles d'évaluation de l'anxiété est très intéressante, notamment pour compléter les études futures.

Aucun facteur personnel (situation familiale, âge...) n'a modulé le niveau d'anxiété des sages-femmes, ce qui permet de valider le fait que seule l'exposition professionnelle à la Covid-19 est responsable de l'augmentation de leur anxiété. En effet, la faible disponibilité d'équipement de protection, l'exposition permanente au virus et la forte pression hospitalière ont été majoritairement responsables de l'augmentation de l'anxiété des sages-femmes pendant la crise à la Covid-19.

4.1.3. Gestion de l'anxiété

Notre étude a retrouvé un lien entre le suivi psychologique et l'anxiété avec une augmentation significative du score HAD chez les sages-femmes présentant une anxiété confirmée et bénéficiant d'un suivi psychologique de base (Score HAD moyen = 13 contre 10,50 ; $p = 0,0002$) (Cf. Figure 8). Ce résultat présente une certaine logique puisque les personnes plus anxieuses nécessitent une prise en charge psychologique pour améliorer la gestion de leur anxiété.

Le nombre de personnes déclarant avoir été suivies psychologiquement reste cependant assez faible et ne permet pas une extrapolation à l'ensemble de la population anxieuse analysée (211 personnes anxieuses, 40%). De plus, le questionnaire n'a pas permis de savoir si le suivi psychologique était secondaire à la pandémie ou à l'inverse préexistant, notamment à cause de la pression hospitalière déjà forte avant la pandémie. Il est donc difficile de lier l'exposition à la Covid-19 avec le suivi psychologique et l'anxiété. Il aurait été intéressant de connaître le moment de la prise en charge psychologique, information dont nous ne disposons pas.

S'ajoute à cela des facteurs environnementaux qui compliquent la prise en charge de l'anxiété. En effet, le confinement strict mise en place lors de la première vague de la pandémie a empêché toute interaction sociale et toutes activités sportives et culturelles contraignant ainsi un relâchement psychologique. (23)

4.1.4. Pandémies et anxiété

Au cours des dernières décennies, d'autres pandémies ont vu le jour. Dans les années 1980, les infections au virus d'immunodéficience humain (VIH) prennent de l'ampleur et en 2009 la grippe A H1N1.(24) Avant ces périodes, les sages-femmes et autres soignants prodiguaient les soins aux patients sans protection particulière. Les sages-femmes ont effectué les soins pendant le travail, l'accouchement auprès des patientes, malgré la présence du virus et ont été proches des couples. L'apparition de cette nouvelle maladie aux origines longtemps inconnues a nécessité l'adaptation de la prise en charge des patientes et la mise en place de moyens de protection. Les liens entre les sages-femmes et les patientes ont évolué car l'inquiétude et l'inconnu lié à la maladie prenait de l'importance dans le milieu hospitalier. Dès lors, des masques et des tenues de protections ont été mises à disposition des soignants pour faciliter leur protection. Une sage-femme de New-York, avait expliqué que les sages-femmes avaient pour consigne d'éviter toute exposition aux fluides corporels, chose complexe dans ce métier. (25) L'inquiétude et la peur de contracter la maladie et de la transmettre montrent bien à quel point l'anxiété était forte dans le milieu hospitalier à cette époque.

Nous relevons que lors de ces deux pandémies, une augmentation du niveau d'anxiété était également présente. (26) Chaque pandémie remet en question la manière dont les soins sont dispensés, et permet une amélioration de la gestion de l'anxiété grâce à l'évolution des méthodes de prise en charge des patients et de l'accompagnement des professionnels.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) rapporte qu'au cours de l'année 2020, la pandémie de Covid-19 a été responsable d'une augmentation de 25% de l'anxiété et de la dépression des personnes dans le monde. Cette augmentation du taux d'anxiété serait liée au « stress sans précédent causé par le confinement social ». (27)

4.2. Forces et limites de notre étude

4.2.1. Forces de l'étude

Notre étude visait les 32 C.H.U de France, après plusieurs relances, nous avons réceptionné 529 réponses. Il s'agissait d'une étude multicentrique, ce qui nous a

permis d'avoir une bonne visualisation du niveau d'anxiété des sages-femmes lors de la crise sanitaire sur la majeure partie du territoire français.

Plusieurs études avaient été menées au préalable pour évaluer le niveau d'anxiété des soignants en général. En revanche, nous ne retrouvons pas d'études comprenant uniquement les sages-femmes légitimant notre travail.

Par ailleurs, l'anxiété peut être influencée par plusieurs facteurs. Pour ce faire, nous avons ciblé des facteurs professionnels et personnels qui auraient pu jouer un rôle sur l'anxiété des sages-femmes.

4.2.2. Limites de l'étude

La première limite de notre étude correspond à la diffusion du questionnaire, un an après la crise sanitaire soit de mars à juin 2021. Les résultats auraient sûrement été différents si ce questionnaire avait été rempli au courant de l'année 2020. Notre étude se base plus sur des souvenirs que sur le ressenti immédiat de la situation ayant comme principal inconvénient un biais d'information.

Par ailleurs, l'utilisation d'un questionnaire peut induire des problèmes d'interprétation. Les réponses sont prédéfinies et très peu de questions sont ouvertes. Certaines questions ont pu être mal comprises ou mal interprétées, ce qui peut entraîner des résultats faussés.

L'une des faiblesses a été la cible de sages-femmes exerçant dans un C.H.U lors de la crise. Ce questionnaire n'a pas été diffusé aux hôpitaux périphériques ou encore aux nouvelles sages-femmes libérales qui étaient hospitalières pendant cette pandémie.

Pour certaines régions, le taux de réponses est plus faible. Malgré les relances du questionnaire, ce taux est variable d'une région à l'autre. Or, nous savons que le virus a été plus fort dans quelques régions, notamment en Ile-de-France. Les réponses provenant de cette région auraient été intéressantes pour cette étude.

Nous nous sommes intéressés aux facteurs professionnels et personnels des sages-femmes pouvant amplifier le niveau d'anxiété. Parmi ces facteurs, certains sont représentatifs. Néanmoins, il aurait été judicieux d'approfondir notre questionnement,

sur le lieu d'exercice (salle de naissance, service de grossesse à hauts risques, suites de couches...)

Nous aurions pu davantage étudier des facteurs de risques personnels (diabète, obésité) liés aux complications médicales après une infection à la Covid-19.

4.2.3. Perspectives de recherches

Afin d'améliorer notre étude, nous pourrions nous intéresser à l'effet de la pandémie sur la santé mentale des sages-femmes et non uniquement sur l'anxiété, plus précisément, la notion de stress post-traumatique. Ces troubles surviennent en aval d'un événement traumatisant pouvant affecter la vie professionnelle, personnelle et sociale. En menant une telle étude, nous pourrions voir les conséquences positives et négatives de la pandémie sur la santé mentale des soignants ainsi que les différents troubles que cela peut apporter.

Des analyses plus poussées mêlant plusieurs facteurs professionnels et/ou personnels pourraient faire ressortir l'impact croisé de ces derniers sur l'anxiété. Ces analyses croisées n'ont pas été effectuées ici puisqu'elles ne rentraient pas dans les problématiques posées, mais sont rendues possibles grâce au questionnaire complet que nous avons soumis et seraient très intéressantes pour des études futures. Dans cette optique, l'étude COVISTRESS, débutée en janvier 2022, initiée par le Collège National des Sages-Femmes (CNSF), s'inscrit dans ce type d'étude, évaluant l'impact du coronavirus sur la vie personnelle et professionnelle des sages-femmes. Le but étant de déterminer le niveau de stress et les risques psycho-sociaux affectant sur le travail. Il s'agit d'une étude en collaboration internationale comprenant les C.H.U, les Universités, le Centre National de Recherche Scientifique (CNRS) et la Santé du Travail. Cette dernière fait l'objet d'une analyse au courant de l'été.

5. Conclusion

Ces dernières années, la planète a connu plusieurs crises sanitaires qui ont impacté les vies professionnelles et personnelles des soignants. En effet, une pandémie mondiale liée à la Covid-19 a marqué l'année 2020 et a forcé l'ensemble des centres hospitaliers à s'adapter à une charge de travail conséquente tout en maintenant la continuité des soins.

Des études ont été menées dans plusieurs pays afin d'observer l'impact de la pandémie sur l'évolution du niveau d'anxiété et ses conséquences chez les soignants. Les conclusions de ces études se rejoignent toutes et témoignent du fait que la crise sanitaire a engendré une augmentation du taux d'anxiété des professionnels de santé. Parmi ces professionnels sont retrouvées les sages-femmes, professionnelles qui étaient en première ligne, au plus proche des patientes. Ainsi, notre travail s'est orienté sur l'influence de la crise sanitaire de mars-avril 2020 sur le niveau d'anxiété des sages-femmes, exerçant dans un C.H.U.

Par le biais de cette étude, nous avons démontré que la prise en charge de patientes infectées par le SARS-CoV-2 lors de la pandémie a été responsable d'une augmentation du taux d'anxiété des sages-femmes hospitalières quelle que soit l'unité de fonction. La crise sanitaire a majoré l'angoisse de ces professionnels. Néanmoins, aucun facteur personnel tel que l'âge, les enfants ou la situation familiale n'a été identifié comme facteur aggravant.

Nous avons également mis en évidence un taux de suivi psychologique plus élevé chez les sages-femmes présentant une symptomatologie anxieuse confirmée. Cependant, notre questionnaire ne nous a pas permis de savoir si ces sages-femmes avaient un suivi antérieur à la crise. Nous ne pouvons, par conséquent, pas associer ce facteur personnel avec l'évolution de l'anxiété.

Notre étude a son importance pour une meilleure prise en charge de l'anxiété des sages-femmes dans nos maternités. Lors de la formation, un renforcement du soutien psychologique ou encore la réalisation de mise en situations inhabituelles permettrait de gérer d'éventuelles autres pandémies, source principale d'anxiété liée à la peur de l'inconnu.

La pandémie a apporté une amélioration au monde médical avec des répercussions sur nos maternités permettant une meilleure gestion du stress et de l'angoisse face à l'inconnu. En effet, notre étude a démontré la présence de facteurs

professionnels et/ou personnels responsables de l'anxiété. Ainsi, face à une prochaine pandémie, nous pourrions cibler ces facteurs.

Ces soignants ont subi un impact induisant une souffrance sur leur santé mentale qui a pu laisser des séquelles. Comme le dit Paulo Coelho, « Ta douleur d'hier est ta force d'aujourd'hui », et cette crise planétaire nous permettra d'affronter de nouveaux défis professionnels qui permettront des évolutions et un refondement du système hospitalier. L'évaluation de l'anxiété a été réalisée par l'échelle HAD, mais il existe d'autres échelles d'évaluation dans la littérature dont certaines prenant en compte des facteurs personnels pouvant s'intriquer. Il serait de ce fait intéressant de mettre en œuvre un moyen de dépistage et de prise en charge des soignants atteints de troubles anxieux voire d'un stress post-traumatique lié à une crise sanitaire. Cibler les personnes à risque permettrait de proposer des solutions pour la diminution de l'anxiété, des formations sur les enjeux psychologiques des soins, une meilleure gestion des situations de crises ainsi qu'un renforcement du soutien des encadrements.

6. Bibliographie

1. Harapan H, Itoh N, Yufika A, Winardi W, Keam S, Te H, et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): A literature review. J Infect Public Health. 1 mai 2020;13(5):667-73.
2. Dictionnaire médical. Définition de « Épidémie ». 3^{ème} Edition 2018
3. Santé publique France. Coronavirus : chiffres clés et évolution de la COVID-19 en France et dans le Monde. 2020.
4. Lu H, Stratton CW, Tang Y. Outbreak of pneumonia of unknown etiology in Wuhan, China: The mystery and the miracle. J Med Virol. avr 2020;92(4):401-2.
5. INSERM, La science pour la santé. C'est quoi un coronavirus ? 2020.
6. Nations U. COVID-19 : l'OMS confirme le risque d'une transmission aérienne du virus. United Nations. United Nations; 2020.
7. Organisation Médicale de Santé (OMS). Nouveau coronavirus (2019-nCoV): conseils au grand public. 2020.
8. Gouvernement. Info-coronavirus. COVID 19 - Vaccins. 2021. Disponible sur : <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/vaccins>
9. Lafon C. Covid-19 : la chronologie d'une épidémie mondiale apparue en janvier 2020. 2021.
10. Gouvernement Info-Coronavirus COVID-19 - Les actions du Gouvernement. 2020 Disponible sur : <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/les-actions-du-gouvernement>
11. Foulhy C, Knezovic N, Guillaume S, Ettienne C, Guignard M, Perrin L. Les sages-femmes face à la crise sanitaire. Sages-Femmes. 1 sept 2020;19(5):29-32.
12. Magnan G. Les sages-femmes face au Covid-19 – Profession Sage-Femme. 2020.
13. Evrard A. Crise sanitaire et transgression. Sages-Femmes. 1 sept 2020;19(5):46-8.
14. Doctissimo. L'anxiété : symptômes, causes et traitements. 2020. Disponible sur : https://www.doctissimo.fr/html/sante/encyclopedie/sa_781_anxiete.htm

15. VIDAL. Anxiété - symptômes, causes, traitements et prévention -. 2021.
16. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yroni A, Brunault P, Bienvenu T, et al. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale ? L'Encéphale. 1 juin 2020;46(3, Supplement):S73-80.
17. Haute Autorité de Santé (HAS). Echelle HAD: Hospital Anxiety and Depression scale. 2014.
18. Gouvernement - direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques - (DREES). Démographie des professionnels de santé. Disponible sur : <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
19. Clémence R, Hadrien V, Olivia M, Yasmine Z, Delphine W. Troubles anxieux : Quelques chiffres. Disponible sur : <https://www.anxiete.fr/troubles-anxieux/quelques-chiffres/>
20. Vignaud P, Prieto N. Impact psychique de la pandémie de Covid-19 sur les professionnels soignants. Actual Pharm. oct 2020;59(599):51-3.
21. Elina Mattila, Jaana Peltokoski, Marko H. Neva, Marja Kaunonen, Mika Helminen and Anna-Kaisa Parkkilaa. COVID-19: anxiety among hospital staff and associated factors - PMC 2020.
22. Aksoy YE, Koçak V. Psychological effects of nurses and midwives due to COVID-19 outbreak: The case of Turkey. Arch Psychiatr Nurs. 1 oct 2020;34(5):427-33.
23. Saeed SA, Cunningham K, Bloch RM. Depression and Anxiety Disorders: Benefits of Exercise, Yoga, and Meditation. Am Fam Physician. 2019;99(10):620-7.
24. Goulia P, Mantas C, Dimitroula D, Mantis D, Hyphantis T. General hospital staff worries, perceived sufficiency of information and associated psychological distress during the A/H1N1 influenza pandemic. BMC Infect Dis. 9 nov 2010;10:322.
25. Patricia Aikins Murphy. Midwifery in the Time of COVID-19. 2020.

26. Kisely S, Warren N, McMahon L, Dalais C, Henry I, Siskind D. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *The BMJ*. 5 mai 2020;369:m1642.
27. Manus JM. Augmentation mondiale de 25 % de la prévalence de l'anxiété et de la dépression. *Rev Francoph Lab*. mai 2022;2022(542):12-3.

7. Annexes

ANNEXE I

Carte 1 : Cartographie des 32 Centres Hospitalier Universitaires de France
(source : reseauCHU)



ANNEXE II

Questionnaire : Stress et anxiété des sages-femmes lors de la crise sanitaire de la Covid-19

Partie 1 : Caractéristiques des sages-femmes

Question 1 : Êtes-vous un/une :

- Homme
- Femme

Question 2 : Quel âge avez-vous ?

- < 25 ans
- Entre 25 et 30 ans
- Entre 30 et 40 ans
- Entre 40 et 50 ans
- > 50ans

Question 3 : Quelle est votre situation familiale ?

- Célibataire
- Marié(e)
- En couple
- Divorcé(e)
- Veuf (veuve)

Question 4 : Avez-vous des enfants ?

- Oui
- Non

Question 5 : Depuis quand êtes-vous diplômé(e) ?

- < 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- > 10 ans

Question 6 : Dans quel type de maternité travaillez-vous ?

- Type 1
- Type 2A

Type 2B

Type 3

Votre maternité se situe dans le :

Quart Nord-est de la France

En Ile de France

Quart Sud-est de la France

Centre de la France

Quart Sud-ouest de la France

Quart Nord-ouest de la France

Partie 2 : Situation depuis le début de la pandémie de la Covid-19

Question 7 : Votre maternité a-t-elle mis en place une unité Covid ?

Oui

Non

Autres : ...

Question 8 : Avez-vous travaillé dans une unité Covid ?

Oui

Non

Si oui, vous avez travaillé :

Durant toute la période de l'unité Covid

Seulement quelques jours

Autres : ...

Question 9 : Avez-vous été conduit(e) à prendre en charge une patiente affectée de la Covid-19 ?

Oui

Non

Si oui, avez-vous eu le sentiment que la prise en charge était bien codifiée ?

Oui

Non

Si oui, avez-vous eu le matériel nécessaire pour vous protéger ?

Très souvent

Souvent

Parfois

Pas du tout

Si oui, cette patiente a-t-elle présenté une forme grave ?

Oui

Non

Question 10 : Avez-vous été infecté(e) par la Covid-19 ?

Oui

Non

Si oui, avez-vous été infecté(e) lors d'une :

Exposition professionnelle

Exposition dans l'entourage familial

Exposition non retrouvée

Avez-vous fait une forme grave de Covid-19 ?

Oui

Non

Question 11 : Avez-vous eu besoin d'un suivi psychologique face à cette crise sanitaire ?

Oui

Non

Si oui, a-t-il été proposé par votre CHU ?

Oui

Non

Autres : ...

Question 12 : Dans votre entourage, connaissiez-vous une personne infectée par la Covid-19 ?

Oui

Non

Question 13 : Avez-vous connu dans votre entourage un décès lié à la Covid-19 ?

Oui

Non

Si oui, quel était ce lien avec cette personne ?

Familial

Amical

Un/une collègue

Une connaissance

Autres : ...

Partie 3 : Échelle d'évaluation de l'anxiété validé par l'HAS

Question 14 : Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :

La plupart du temps

Souvent

De temps en temps

Jamais

Question 15 : J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

Oui, très nettement

Oui, mais ce n'est pas trop grave

Un peu, mais cela ne m'inquiète pas

Pas du tout

Question 16 : Je me fais du souci :

Très souvent

Assez souvent

Occasionnellement

Très occasionnellement

Question 17 : Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :

Oui, quoi qu'il arrive

- Oui, en général
- Rarement
- Jamais

Question 18 : J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :

- Jamais
- Parfois
- Assez souvent
- Très souvent

Question 19 : J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :

- Oui, c'est tout à fait le cas
- Un peu
- Pas tellement

Question 20 : J'éprouve des sensations soudaines de panique :

- Vraiment très souvent
- Assez souvent
- Pas très souvent
- Jamais

ANNEXE III

Echelle de mesure du degré d'anxiété validé par l'HAS (source : has-sante.fr)

Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence »

Échelle HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

- | | | | |
|---|---|--|---|
| 1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e) | | 9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué | |
| - La plupart du temps | 3 | - Jamais | 0 |
| - Souvent | 2 | - Parfois | 1 |
| - De temps en temps | 1 | - Assez souvent | 2 |
| - Jamais | 0 | - Très souvent | 3 |
| 2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois | | 10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence | |
| - Oui, tout autant | 0 | - Plus du tout | 3 |
| - Pas autant | 1 | - Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais | 2 |
| - Un peu seulement | 2 | - Il se peut que je n'y fasse plus autant attention | 1 |
| - Presque plus | 3 | - J'y prête autant d'attention que par le passé | 0 |
| 3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver | | 11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place | |
| - Oui, très nettement | 3 | - Oui, c'est tout à fait le cas | 3 |
| - Oui, mais ce n'est pas trop grave | 2 | - Un peu | 2 |
| - Un peu, mais cela ne m'inquiète pas | 1 | - Pas tellement | 1 |
| - Pas du tout | 0 | - Pas du tout | 0 |
| 4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses | | 12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses | |
| - Autant que par le passé | 0 | - Autant qu'avant | 0 |
| - Plus autant qu'avant | 1 | - Un peu moins qu'avant | 1 |
| - Vraiment moins qu'avant | 2 | - Bien moins qu'avant | 2 |
| - Plus du tout | 3 | - Presque jamais | 3 |
| 5. Je me fais du souci | | 13. J'éprouve des sensations soudaines de panique | |
| - Très souvent | 3 | - Vraiment très souvent | 3 |
| - Assez souvent | 2 | - Assez souvent | 2 |
| - Occasionnellement | 1 | - Pas très souvent | 1 |
| - Très occasionnellement | 0 | - Jamais | 0 |
| 6. Je suis de bonne humeur | | | |
| - Jamais | 3 | | |
| - Rarement | 2 | | |
| - Assez souvent | 1 | | |
| - La plupart du temps | 0 | | |

<p>7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui, quoi qu'il arrive 0 - Oui, en général 1 - Rarement 2 - Jamais 3 	<p>14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision</p> <ul style="list-style-type: none"> - Souvent 0 - Parfois 1 - Rarement 2 - Très rarement 3
<p>8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presque toujours 3 - Très souvent 2 - Parfois 1 - Jamais 0 	

HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / octobre 2014
© Haute Autorité de Santé – 2014

1

Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence »

Scores

Additionnez les points des réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 : Total A = _____

Additionnez les points des réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total D = _____

Interprétation

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D) :

- 7 ou moins : absence de symptomatologie
- 8 à 10 : symptomatologie douteuse – 11 et plus : symptomatologie certaine.

Selon les résultats, il sera peut-être nécessaire de demander un avis spécialisé.

Références

- Zigmond A.S., Snaith R.P. *The Hospital Anxiety and Depression Scale*. *Acta Psychiatr. Scand.*, 1983, 67, 361-370. Traduction française : J.F. Lépine.
- « L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie » sous la direction de J.D. Guelfi, éditions Pierre Fabre. Présentée également dans : *Pratiques médicales et thérapeutiques*, avril 2000, 2, 31.

HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / octobre 2014
© Haute Autorité de Santé – 2014

2

RÉSUMÉ

Introduction : En 2020, les sages-femmes étaient en première ligne lors de la crise sanitaire liée à la Covid-19. Notre étude s'est portée sur l'influence de la prise en charge des patientes infectées par le SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome) lors de la pandémie sur le niveau d'anxiété des sages-femmes exerçant dans un C.H.U français.

Les objectifs étaient d'évaluer l'exposition professionnelle au SARS-CoV-2 ainsi que d'autres facteurs professionnels et personnels impactant le niveau d'anxiété des sages-femmes pendant cette crise sanitaire.

Méthode : Une étude multicentrique, nationale, observationnelle et analytique a été réalisée à l'aide d'un questionnaire en ligne auprès des sages-femmes exerçant dans un des 32 C.H.U de France, du 24 mars au 16 juin 2021. Afin d'évaluer le taux d'anxiété, l'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) a été utilisée.

Résultats : L'exposition professionnelle à la Covid-19 induit une augmentation du taux d'anxiété chez les sages-femmes. En effet, l'étude montre une augmentation significative du nombre de sages-femmes exerçant dans une unité Covid se déclarant anxieuses (Score HAD moyen = 10,85 contre 10,28 unité conventionnelle ; $p < 0,0001$). De plus, les sages-femmes ayant un suivi psychologique décrivent un niveau d'anxiété plus élevé. Une différence significative est observée parmi les sages-femmes ayant une anxiété confirmée entre les sages-femmes suivies psychologiquement et celles ne l'ayant pas été (Score HAD moyen = 13 contre 10,50 ; $p = 0,0002$). Cependant, aucun autre lien n'a pu être mis en évidence de manière significative entre des éventuels facteurs professionnels ou personnels et l'anxiété de ces soignants.

Conclusion : Notre étude a apporté un nouveau regard sur la vulnérabilité des sages-femmes pendant la pandémie. Des solutions peuvent être mises en place comme un renforcement des relations avec les supérieures encadrant les sages-femmes.

Mots-clés : Covid-19, Anxiété, Sage-femme, Facteurs professionnels, Facteurs personnels