

Ministère de la Santé

COVID-19 : Document d'orientation sur le travail, l'accouchement et les soins aux nouveau-nés

Version 3 – 10 novembre 2020

Points saillants des changements :

- Précision sur les tests de dépistage : la COVID-19 doit être soupçonnée chez toutes les femmes enceintes présentant une fièvre inexplicquée et persistante (à deux reprises, à 30 minutes d'intervalle) (>37,8 °C) et un test de dépistage de la COVID-19 doit être effectué. Bien qu'il faille envisager le test de dépistage pour toute femme fébrile en travail, si la prévalence communautaire reste faible et qu'une autre cause de fièvre est claire, il est raisonnable de ne pas effectuer de test de dépistage (puce n° 10).

Le présent document d'orientation ne fournit que de l'information générale et ne remplace pas les conseils médicaux, les diagnostics ou les traitements. En cas de conflit d'interprétation entre le présent document d'orientation et une directive diffusée par le médecin hygiéniste en chef, la directive prévaut.

- Veuillez consulter régulièrement le [site Web sur la COVID-19](#) du ministère de la Santé (MS) pour obtenir des mises à jour du présent document, des ressources sur la santé mentale et d'autres renseignements.
- Le plus récent « Document de référence sur les symptômes de la COVID-19 » et la « Définition de cas » sont accessibles et mis à jour sur le [site Web sur la COVID-19](#) du MS.
- Veuillez consulter régulièrement la page [Directives, notes de service et autres ressources](#) pour obtenir les directives les plus à jour.

- Pour connaître les recommandations de soins cliniques détaillées concernant les procédures en salles de travail et d'accouchement, veuillez consulter le document [Maternal Newborn COVID-19 General Guidelines publié par le Provincial Council for Maternal and Child Health](#) (en anglais seulement).

Généralités

Moment et lieu

1. Qu'une femme soit un cas soupçonné ou confirmé de COVID-19 ou non, le lieu où elle donnera naissance devrait continuer d'être fondé sur des facteurs obstétricaux et le lieu de naissance que celle-ci préfère. Les femmes devraient accoucher dans un milieu de soins qui répond à leurs besoins et à ceux du nouveau-né pendant qu'elles reçoivent des soins liés à la COVID-19.
2. Les déplacements à l'intérieur des établissements et entre ceux-ci devraient être réduits au minimum. La seule infection à la COVID-19 ne devrait pas être une indication pour un transfert, mais celui-ci pourrait être envisagé.
3. Le moment de l'accouchement devrait être déterminé par les indications obstétricales. Le statut de cas soupçonné ou confirmé de COVID-19 à lui seul n'est pas une indication suffisante pour un déclenchement artificiel du travail ou un accouchement par césarienne.
4. L'accouchement des femmes enceintes chez qui la COVID-19 est soupçonnée ou confirmée peut être accéléré pour des raisons liées au fœtus ou lorsqu'on croit que l'accouchement facilitera la réanimation maternelle. Si un accouchement est nécessaire, la stabilisation maternelle devrait être la priorité.
5. Pour connaître les recommandations de soins cliniques détaillées concernant les procédures en salles de travail et d'accouchement (p. ex. oxyde de diazote, immersion dans l'eau, options en matière d'analgésie, surveillance de la santé fœtale, amniotomie et électrode du cuir chevelu fœtal, report du clampage du cordon ombilical, etc.), veuillez consulter le document [Maternal Newborn COVID-19 General Guidelines publié par le Provincial Council for Maternal and Child Health](#) (en anglais seulement).

Équipement de protection individuelle (EPI) pour le travail, l'accouchement et les soins aux nouveau-nés

6. Une évaluation des risques au point de service devrait être effectuée par tous les professionnels de la santé réglementés (PSR) et les travailleurs de la santé (TS) afin de déterminer le risque de transmission par gouttelettes et par contact durant le travail, l'accouchement et les soins aux nouveau-nés. Les précautions convenables peuvent comprendre des gants, une blouse, un masque chirurgical/de procédure et une protection oculaire (des lunettes à coques ou un écran facial).
7. Les établissements de soins actifs devraient déterminer l'équipe minimale requise pour effectuer une césarienne en toute sécurité et viser l'élimination des PSR dont la présence n'est pas nécessaire dans la salle d'opération (SO).
8. Seul le personnel essentiel de la SO devrait se trouver dans la salle pour administrer l'anesthésie générale en vue de la césarienne, et ce personnel devrait prendre des précautions contre la transmission par voie aérienne (y compris un masque N95 bien ajusté). Lorsque l'intubation est terminée, d'autres PSR peuvent entrer dans la salle en prenant des précautions contre la transmission par gouttelettes et par contact.
9. Tous les PSR et les TS présents dans la salle d'opération pour effectuer une césarienne sous anesthésie locorégionale devrait prendre des précautions contre la transmission par gouttelettes et par contact. Si une anesthésie locorégionale n'est pas suffisante et que la procédure doit être convertie en une anesthésie générale, seuls les PSR requis devraient se trouver dans la SO pour l'intubation, et ceux-ci devraient prendre des précautions contre la transmission par gouttelettes, par contact ou par voie aérienne. Lorsque l'intubation est terminée et que la ventilation est amorcée, les autres PSR peuvent entrer dans la salle en prenant des précautions contre la transmission par gouttelettes et par contact.

Dépistage

Dépistage actif

10. Le plus récent « Document d'orientation sur le dépistage de la COVID-19 auprès des patients » accessible sur le [site Web sur la COVID-19](#) du MS devrait être utilisé aux fins de dépistage. La COVID-19 devrait être soupçonnée chez toutes les femmes enceintes présentant une fièvre inexplicée et persistante (à deux reprises, à 30 minutes d'intervalle) (>37,8 °C) et un test de dépistage de la COVID-19 doit être effectué. Bien qu'il faille envisager le test de dépistage pour toute femme fébrile en travail, si la prévalence communautaire reste faible et qu'une autre cause de fièvre est claire, il est raisonnable de ne pas effectuer de test de dépistage (puce n° 10).
11. Les PSR et les TS devraient faire passer un test de dépistage à toutes les femmes enceintes dès qu'elles entrent dans l'aire de triage et y sont admises pour un accouchement, afin d'évaluer les symptômes et les antécédents d'exposition, même si elles ont été soumises à un test de dépistage à leur arrivée à l'hôpital.
12. Les PSR et les TS qui procèdent à un dépistage sur place devraient idéalement se trouver derrière un écran pour se protéger contre la transmission par gouttelettes et par contact. Un écran de protection en verre acrylique peut protéger le personnel contre les éternuements et la toux des patients. S'il est impossible d'installer un écran de protection en verre acrylique, le personnel devrait maintenir une distance de deux mètres avec le patient. Les PSR et les TS qui n'ont aucun écran de protection et qui ne peuvent pas maintenir une distance de deux mètres devraient prendre des précautions contre la transmission par gouttelettes et par contact, y compris le port d'EPI suivant : des gants, une blouse, un masque chirurgical/de procédure et une protection oculaire (des lunettes à coques ou un écran facial).

Résultat positif à un test de dépistage : Que faire

13. Les patientes enceintes qui obtiennent un résultat positif au dépistage des symptômes/signes de la COVID-19 devraient être traitées comme des cas

soupçonnés de COVID-19, devraient se voir remettre un masque chirurgical/de procédure (s'il est toléré) pour toutes les étapes du travail et être avisées de pratiquer l'hygiène des mains. Dès que le personnel d'accueil est informé du résultat positif au test de dépistage de la patiente, celle-ci devrait être placée dans une pièce avec la porte fermée (sans la présence d'autres patients), dans la mesure du possible, pour éviter qu'elle entre en contact avec d'autres patients dans les aires communes de l'étage (p. ex. salles d'attente).

14. Les mères chez qui la COVID-19 est soupçonnée ou confirmée devraient être conseillées à l'aide d'une approche axée sur les patients pour ce qui est des risques et des avantages de garder la mère et le bébé ensemble, notamment les stratégies pour réduire le risque de propagation si la mère et le bébé restent ensemble (voir la puce n° 22) plutôt que d'être séparés (voir la puce n° 23).

Personne de soutien pour les femmes enceintes durant le travail et l'accouchement

15. Une seule personne de soutien, qui devrait être la même durant le travail et l'accouchement et qui a obtenu un résultat **négalif** au test de dépistage de la COVID-19, peut accompagner la femme enceinte, à condition que l'établissement ait ce qui suit :
 - suffisamment d'EPI pour la personne de soutien;
 - un espace adéquat et un milieu de soins où la personne de soutien peut être tenue à une distance physique adéquate des autres patients et personnes de soutien;
 - la capacité de s'assurer que la personne de soutien continue de respecter la distanciation physique et les directives sur le contrôle des infections.
16. Les établissements peuvent aussi envisager ce qui suit :
 - des politiques différentes pourraient s'appliquer pour les femmes chez qui la COVID-19 est soupçonnée ou confirmée et les femmes asymptomatiques;

- si la personne de soutien doit accompagner une patiente enceinte, les mêmes recommandations relatives à l'EPI doivent être suivies;
- les déplacements de la personne de soutien devraient être réduits au minimum dans les milieux de soins;
- les privilèges d'entrée et de sortie devraient être déconseillés, et des soutiens peuvent être nécessaires pour rester dans la chambre de la patiente en tout temps;
- lorsqu'un soutien en personne n'est pas possible, des options de soutien virtuel ou autre devraient être offertes. Lorsqu'un soutien à distance est offert, un soutien physique pratique devrait être fourni.

Test de dépistage chez les bébés

17. Les nouveau-nés dont les mères sont des cas **confirmés** de COVID-19 au moment de la naissance devraient subir un test de dépistage de la COVID-19 dans les 24 heures qui suivent l'accouchement, quels que soient les symptômes.
18. Si un test de dépistage maternel est **en attente** au moment de la sortie de l'hôpital de la dyade mère-enfant, un suivi doit alors être fait pour s'assurer que le bébé est soumis à un test en temps opportun si le test de dépistage maternel s'avère positif. S'il n'est pas pratique de ramener le bébé pour lui faire passer le test, celui-ci devrait le subir avant sa sortie de l'hôpital.
19. L'échantillon néonatal recommandé est un écouvillon du nasopharynx déposé dans un milieu de transport universel (UTM) pour l'épreuve ACP. Si la collecte à l'aide de cette méthode n'est pas possible en raison de la taille de l'écouvillon disponible par rapport au nez du nouveau-né, les écouvillons peuvent être utilisés pour une collecte par écouvillonnage du nez, par écouvillonnage profond du nez, ou par écouvillonnage de la gorge, comme autre méthode de collecte. L'enquête en laboratoire des nouveau-nés symptomatiques pourrait être plus poussée et comprendre l'ajout d'une épreuve ACP de dépistage de la COVID-19 dans l'écouvillon ou le tissu placentaire, le sang de cordon ombilical et/ou le sang néonatal. La décision d'élargir les tests serait prise par l'équipe

clinique. Tout nouveau-né symptomatique devrait également être évalué pour d'autres causes de maladie clinique selon les résultats cliniques.

20. Un cas positif de COVID-19 chez un nouveau-né devrait être discuté avec un consultant en maladies infectieuses pédiatriques.

Soins de bébés nés de mères chez qui la COVID-19 est soupçonnée ou confirmée

21. Compte tenu du faible risque de transmission verticale et du faible risque d'exposition aux aérosols provenant de la réanimation néonatale, il convient de prendre des précautions contre les gouttelettes et les contacts lors de la réanimation initiale des nouveau-nés, même ceux nés de mères qui constituent des cas soupçonnés ou confirmés de COVID-19.
22. Les bébés peuvent rester dans la chambre post-partum de la mère, bien que plusieurs mesures de sécurité soient recommandées, si possible, y compris les suivantes :
 - il s'agit d'une chambre individuelle;
 - la mère porte un masque;
 - l'hygiène des mains est assurée avant tous les soins du bébé;
 - l'hygiène cutanée est assurée avant l'allaitement;
 - garder le nourrisson à une distance de deux mètres de la mère lorsqu'on ne lui prodigue pas de soins directs, y compris utiliser une barrière (comme un rideau ou un incubateur) pour le protéger contre les gouttelettes émanant d'une toux.
23. Si possible, une aire distincte de soins des nouveau-nés avec fournisseur de soins devrait être mise à la disposition des femmes qui ne sont pas en mesure de prendre soin de leur nourrisson à cause de la présence de symptômes, ou à la demande de la mère ou de la famille pour empêcher la transmission de la COVID-19 au bébé.
24. Les bébés bien portants devraient être autorisés à sortir tôt de l'hôpital, si possible, après qu'on a effectué une évaluation des risques appropriée.

25. Les PSR et les TS devraient donner clairement comme directive aux mères chez qui la COVID-19 est confirmée (ou qui sont en train d'être évaluées pour la COVID-19, ainsi que leur nourrisson) de continuer d'assurer le suivi auprès de leur(s) fournisseur(s) de soins primaires jusqu'à deux semaines post-partum. Les PSR et les TS devraient donner des conseils à la mère sur la [façon de s'auto-isoler](#) et les aviser d'appeler d'avance leur(s) fournisseur(s) de soins primaires pour s'assurer de pouvoir planifier leur visite.

Allaitement maternel

26. Les mères à l'hôpital qui sont des cas confirmés ou soupçonnés de COVID-19 devraient :
- se laver les mains lorsqu'elles touchent à leur nourrisson, aux biberons, au tire-lait, etc.;
 - porter un masque lorsqu'elles prennent ou allaitent leur nourrisson;
 - tousser ou éternuer loin de leur nourrisson lorsqu'elles le prennent ou l'allaitent;
 - se nettoyer les seins et la peau avant de prendre ou d'allaiter leur nourrisson;
 - s'assurer que les tire-lait et les biberons sont nettoyés conformément aux politiques de protection et de contrôle des infections de l'établissement.

Soins et tests de dépistage auprès de bébés à l'unité néonatale de soins intensifs (UNSI) et à la pouponnière de soins spéciaux (PSS)

27. Les PSR qui prodiguent des soins à des bébés nécessitant une assistance respiratoire continue et susceptible de libérer des aérosols au sein de l'UNSI ou de la PSS devraient prendre des précautions contre la transmission par gouttelettes, par contact et par voie aérienne.

Nouveau-nés admis à l'UNSI ou à la PSS nés de mères atteintes de la COVID-19

- 28.** Les bébés nés de mères atteintes de la COVID-19 devraient subir un test de dépistage dans les 24 premières heures de vie et, si le test initial est négatif, en subir un autre à 48 heures de vie, quels que soient les symptômes. On devrait prendre à l'égard des nourrissons des précautions contre les gouttelettes et les contacts, avec ou sans précautions contre la transmission par voie aérienne, comme il convient, jusqu'à ce que les résultats soient connus.
- Les nourrissons qui obtiennent un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19 à 24 heures ou à 48 heures de vie devraient faire l'objet d'une discussion avec un spécialiste en maladies infectieuses pédiatriques.
 - Les nourrissons qui obtiennent un résultat négatif au test subi à 48 heures de vie devraient faire l'objet d'une discussion avec le service local de prévention et contrôle des infections pour déterminer les mesures de soins continus appropriées.
- 29.** Les mères/fournisseurs de soins qui sont atteints de la COVID-19 (ou soupçonnés de l'être si le résultat du test n'est pas encore disponible) ne doivent pas entrer dans l'UNSI ou la PSS tant que leur résultat n'est pas considéré comme étant négatif, conformément aux lignes directrices actuelles du MS. Cela pourrait inclure un nouveau test auprès de la mère/du fournisseur de soins pour déterminer si l'écouvillonnage du nasopharynx est négatif.
- 30.** L'allaitement au sein devrait être facilité grâce à l'utilisation d'un tire-lait désigné qui ne devrait pas être partagé.
- 31.** Les fournisseurs devraient utiliser des moyens électroniques pour s'assurer que les parents exclus de l'UNSI ou de la PSS sont entièrement tenus au courant de l'état de leur bébé.

Nouveau-nés qui restent dans l'UNSI ou la PSS après un test négatif à 48 heures de vie :

- 32.** Les mères ou fournisseurs de soins qui sont atteints de la COVID-19 (ou soupçonnés de l'être si le résultat du test n'est pas encore disponible) ne doivent pas entrer dans l'UNSI ou la PSS tant que leur résultat n'est pas considéré comme étant négatif, conformément aux lignes directrices actuelles du MS. Cela pourrait inclure un nouveau test auprès de la mère/du fournisseur

de soins pour déterminer si l'écouvillonnage du nasopharynx est négatif. Tous les visiteurs ou parents qui entrent dans l'UNSI ou la PSS doivent avoir réussi le protocole de dépistage de l'hôpital pour les symptômes de la COVID-19 ou une exposition à cette maladie.

- 33.** S'il est déterminé qu'un visiteur à l'UNSI, ou un PSR ou TS est un cas soupçonné ou confirmé de COVID-19, le bébé devient un contact possible et devrait être isolé et faire l'objet de précautions supplémentaires appropriées. Le service de prévention et contrôle des infections (PCI) de l'hôpital devrait être avisé pour mettre en place un suivi approprié. Tout nourrisson qui est un contact postnatal d'un fournisseur de soins ou d'un travailleur de la santé chez qui la COVID-19 est confirmée devrait demeurer isolé et faire l'objet de précautions supplémentaires appropriées pendant 14 jours, conformément aux lignes directrices du MS ou locales.

Déclaration de cas probables ou confirmés de COVID-19

- 34.** La COVID-19 est une maladie désignée comme maladie importante sur le plan de la santé publique (Règl. de l'Ont. 135/18) et ainsi maladie à déclaration obligatoire en vertu de la [Loi sur la protection et la promotion de la santé](#).
- 35.** Les membres d'une profession de la santé réglementée doivent communiquer avec le [bureau local de santé publique](#) pour signaler un cas suspect ou confirmé de COVID-19 selon la définition de cas la plus récente affichée sur le [site Web du MS sur la COVID-19](#).

Santé et sécurité au travail

- 36.** Les établissements de soins actifs devraient disposer de mesures et de procédures écrites pour la sécurité des travailleurs, y compris des mesures et des procédures pour la prévention et le contrôle des infections.
- 37.** Les PSR et les TS désignés essentiels aux activités de leurs organisations respectives qui sont de retour d'un voyage depuis les 14 derniers jours ou qui ont été exposés sans protection à une personne atteinte de la COVID-19 sont priés de consulter la feuille de renseignement [Comment s'auto-isoler en](#)

[travaillant](#) et l' « Aide-mémoire des conseils de la Santé publique concernant les tests et les congés » accessible sur le [site Web du MS sur la COVID-19](#).

- 38.** Après la visite de chaque patient, qu'il présente ou non des symptômes, on devrait désinfecter dès que possible les surfaces en contact avec les patients (c.-à-d., les surfaces à moins de deux mètres du patient). Les aires de traitement, y compris toutes les surfaces horizontales et l'équipement utilisé (par exemple, la table d'examen, le thermomètre, le brassard à tension artérielle), devraient être nettoyés et désinfectés avant de laisser entrer un autre patient dans l'aire de traitement ou d'utiliser l'équipement pour un autre patient. Consulter les [Pratiques exemplaires de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et du contrôle des infections dans tous les milieux de soins de santé](#) du CCPMI pour de plus amples renseignements sur le nettoyage des lieux.