

Déclaration de la SOGC : Travailleuses enceintes pendant la pandémie de COVID-19

WATSON, H; RAESIDE, A; VAN SCHALKWYK, J; MONEY, D; YUDIN, M; CASTILLO, E; BOUCOIRAN, I; POLIQUIN, V; ELWOOD, C au nom du comité des maladies infectieuses de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

Version originale : 19 novembre 2020

Date de reaffirmation : 15 février 2021

*** Les informations contenues dans ce document ont été réaffirmées pour leur validité scientifique. Bien que ce document ne soit plus identifié comme étant cliniquement utile pour le fournisseur de soins de santé canadien, il peut être pertinent pour les fournisseurs à l'étranger.**

La pandémie de COVID-19 se fait sentir dans tous les territoires canadiens, et le virus se propage désormais couramment dans la collectivité. La distanciation physique, l'hygiène des mains et les mesures de gestion des risques demeurent les mesures les plus efficaces pour prévenir l'infection. Il est fortement recommandé à tous les travailleurs et à toutes les travailleuses¹ de respecter les directives en matière d'équipement de protection individuelle (EPI) afin d'éviter de contracter le virus. Cela étant dit, l'EPI se classe au dernier rang des mesures de prévention. En particulier, il est essentiel, pour les personnes qui travaillent en soins de santé, de recevoir la formation adéquate pour enfiler et retirer l'EPI de façon sécuritaire et de s'exercer à le faire. Le présent document vise à fournir des lignes directrices aux fournisseurs de soins prénataux sur les considérations supplémentaires pour les travailleuses enceintes.

La quantité de données probantes disponibles sur les conséquences d'une infection au virus SARS-CoV-2 pendant la grossesse ne cesse de croître. Nous disposons maintenant de données probantes tirées de grands ensembles de données et de revues systématiques pour orienter la pratique¹⁻³. Ces données rendent compte de plus de 20 000 cas de COVID-19 soupçonnée ou confirmée pendant la grossesse. Les données disponibles continuent d'indiquer que la majorité des personnes enceintes infectées ont une atteinte légère à modérée. Par comparaison aux personnes non enceintes et infectées, les personnes enceintes semblent présenter un risque accru d'hospitalisation aux soins intensifs (RC : 1,62; IC à 95 % : 1,33–1,96) et de recourir à la ventilation invasive (RC : 1,88; IC à 95 % : 1,32–2,60), mais le risque absolu demeure faible, lequel s'élève respectivement à 4 % et à 3 % chez les personnes enceintes atteintes de la COVID-19 dans la même étude². Plus important encore, le risque de morbidité grave liée à la COVID-19 chez les personnes enceintes semble fortement associé à des facteurs de risque, dont l'âge de 35 ans et plus, l'asthme, l'obésité, le diabète préexistant, l'hypertension préexistante et les cardiopathies^{1, 2}.

¹ Personnel devant interagir directement avec le public durant le confinement ordonné par la Santé publique en raison de la pandémie.

Les données internationales publiées indiquent que la mortalité liée à la COVID-19 ne semble pas plus élevée chez les personnes enceintes que chez les personnes non enceintes (RC : 0,81; IC à 95 % : 0,49–1,33)². La mortalité maternelle est multifactorielle et hautement variable, à la fois à l'intérieur même d'un pays et d'un pays à l'autre. Les écarts en matière de mortalité maternelle s'expliquent par des différences de santé générale, d'accès aux services de santé et d'inégalités socioéconomiques. De même, les taux de mortalité des personnes enceintes atteintes de la COVID-19 sont influencés par les mêmes facteurs partout dans le monde. Il est également fort probable que d'autres inégalités considérables émergent de l'analyse du taux de mortalité chez les personnes enceintes atteintes de COVID-19, à la fois dans un même pays et d'un pays à un autre.

Les données disponibles sur les issues de grossesse sont largement rassurantes. La plupart des nourrissons nés exposés à la COVID-19 pendant la grossesse sont nés à terme et en bonne santé. La prématurité semble l'issue périnatale défavorable la plus signalée chez les patientes enceintes atteintes de la COVID-19. Cependant, à mesure que le volume de données augmente, on observe que le véritable taux d'accouchement prématuré chez les personnes ayant contracté la COVID-19 pendant le deuxième ou le troisième trimestre est plus faible que ce qui avait été estimé au début de la pandémie. Les estimations les plus récentes indiquent un taux allant de 6 à 15 %^{2, 4}. Les autres issues de grossesse défavorables rapportées dans la littérature semblent corrélées au degré d'atteinte respiratoire chez les personnes enceintes atteintes de la COVID-19.

D'après notre expérience avec d'autres virus respiratoires tels que le SRAS, le SRMO et l'influenza, aucune donnée probante ne porte à croire à la possibilité d'une transmission verticale de la COVID-19 ni à des effets tératogènes⁵⁻¹⁹. Les données sur la transmission verticale sont limitées, mais elle continue de faire l'objet de surveillance et d'évaluation.

Résumé des données probantes

- 1) Les données actuelles suggèrent que la plupart des personnes enceintes en bonne santé éprouveront une atteinte allant de légère à modérée si elles contractent la COVID-19.
- 2) Au cours de la grossesse, le risque d'avoir recours aux soins intensifs et à la ventilation invasive est plus élevé, sauf que le risque absolu demeure faible.
- 3) Les données actuelles indiquent que la majorité des nourrissons exposés à la COVID-19 pendant la grossesse naissent en santé et à terme et que le risque de naissance avant terme se situe généralement à moins de 15 %.
- 4) Les comorbidités pendant la grossesse, notamment le diabète préexistant, l'hypertension préexistante, l'asthme, l'âge de 35 ans et plus et l'obésité, sont toutes des facteurs de risque indépendants pour le sepsis. Dès lors, elles devraient être considérées comme des facteurs de risque en cas d'atteinte sévère de la COVID-19 pendant la grossesse.

Même si les données sur l'infection au SARS-CoV-2 pendant la grossesse sont rassurantes par rapport au faible risque d'issues défavorables fœtales et maternelles, il est préférable pour les personnes enceintes, comme pour toute autre personne, d'éviter de le contracter. Pendant la pandémie, les discussions au sujet des stratégies pour réduire au maximum le risque d'infection devraient donc s'inscrire dans les soins prénataux. Dans le cas des travailleuses enceintes, la discussion devrait aussi aborder le lieu de travail. Il convient de souligner que, dans l'ensemble, la majorité des cas de COVID-19 au Canada à l'heure actuelle résultent d'une exposition dans la collectivité plutôt que d'une exposition en milieu de travail. Par conséquent, les stratégies d'atténuation du risque doivent miser sur les risques d'infection dans la collectivité et dans le milieu de travail.

Recommandations

- 1) Il y a lieu d'intégrer les stratégies de réduction du risque d'infection au SARS-CoV-2 dans les conseils donnés lors du suivi prénatal auprès de toutes les patientes enceintes afin de les renseigner sur le risque de transmission communautaire du virus.
- 2) La distanciation physique de 2 mètres, l'hygiène des mains minutieuse et les mesures de prévention (comme les barrières physiques lorsqu'il est impossible de respecter la distance de 2 mètres), quoiqu'elles soient relativement simples, sont les stratégies les plus efficaces pour réduire le risque et diminuer l'infection chez toutes les patientes et tous les patients.

Les circonstances du milieu de travail de chaque personne enceinte sont différentes. Il y a donc lieu d'en tenir compte sur une base individuelle tout en respectant son autonomie de prendre des décisions éclairées par rapport à sa santé. La décision de continuer à travailler pendant la pandémie doit tenir compte (a) de la situation épidémiologique locale; (b) du risque d'infection, de l'exposition et de l'accès à l'EPI en milieu de travail; (c) du risque personnel de morbidité associée à la COVID-19 en fonction de l'état de santé et des comorbidités pertinentes de la personne; et (d) de la capacité de cette personne à prôner les stratégies de réduction des risques, surtout dans le cas de rencontres à risque élevé, sans risquer de perdre un revenu ou son emploi.

Recommandations

- 3) Il y a lieu pour la personne enceinte et son fournisseur de soins prénataux de discuter d'un plan personnalisé en matière de travail pendant la pandémie de COVID-19. La discussion doit tenir compte de la situation épidémiologique locale, du risque d'infection en milieu de travail, du risque personnel de morbidité associée à la COVID-19 et de la capacité de la personne à prôner des mesures ou des conditions de travail sécuritaires, sans risquer de perdre un revenu ou son emploi. Cette discussion peut aussi tenir compte de la santé mentale et de l'anxiété de la personne enceinte par rapport à l'exposition et à l'infection au SARS-CoV-2 dans son milieu de travail.

- 4) Lorsque l'exposition en milieu de travail est considérable et qu'il n'est pas possible de la modifier au moyen d'un plan de travail sécuritaire ou lorsque le risque de morbidité grave liée à la COVID-19 est élevé pour la personne, il peut être approprié pour les personnes enceintes de demander des mesures d'accommodement ou d'être dispensées de travailler. Dans de tels cas, il y a lieu de respecter l'autonomie de la personne enceinte pour la prise de décisions éclairées relativement à sa santé et de tenir compte de ses autres priorités.

La distanciation physique, les mesures de prévention et l'hygiène des mains demeurent les mesures les plus efficaces pour réduire la propagation de la COVID-19.

Outre les mesures conseillées pour les travailleuses de la santé non enceintes, aucune mesure de protection individuelle supplémentaire n'est recommandée pour les travailleuses de la santé enceintes. Cela dit, il faut reconnaître que l'EPI n'est pas infaillible et que certaines interactions en milieu de travail comportent un risque fondamentalement élevé d'exposition à la COVID-19. Ces interactions comprennent les situations où l'EPI adéquat n'est pas conforme, celles où la distanciation physique est impossible et celles comportant une exposition répétée à des personnes atteintes de la COVID-19 (p. ex. dans une unité de soins pour les patients-COVID). Plus important encore, il faut reconnaître que la situation épidémiologique locale peut modifier radicalement le risque en milieu de travail; il y a donc lieu de réévaluer ce risque lorsque cette situation change de façon marquée (p. ex. en cas de foyer d'éclosion dans le milieu de travail).

Recommandations :

- 5) Il y a lieu d'organiser raisonnablement le milieu de travail pour les travailleuses enceintes chez qui l'on a déterminé un risque accru d'atteinte sévère afin de réduire leur exposition au public et/ou aux personnes ayant une infection active au SARS-CoV-2.
- 6) Il incombe à l'employeur de rendre possible la distanciation physique adéquate et de fournir l'EPI convenable. Il y a lieu de dispenser une travailleuse enceinte, ou tout membre du personnel d'ailleurs, du travail où existe un risque d'exposition au public potentiellement infectieux s'il n'est pas possible de lui assurer une distanciation physique adéquate ou l'EPI convenable.
- 7) Toute travailleuse de la santé enceinte qui doit porter un masque N95 et qui manifeste une importante variation de poids pendant la grossesse doit s'assurer que son test d'ajustement du masque est à jour.

La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada s'engage à examiner fréquemment la littérature disponible et à modifier ses recommandations au besoin à mesure que les connaissances médicales évoluent tout au long de la pandémie de COVID-19.

Références

1. Zambrano LD, Ellington S, Strid P, Galang RR, Oduyebo T, Tong VT, et coll. Update: Characteristics of Symptomatic Women of Reproductive Age with Laboratory-Confirmed SARS-CoV-2 Infection by Pregnancy Status - United States, January 22-October 3, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [En ligne]. 2020;69:1641-7. Accessible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33151921>.
2. Allotey J, Stallings E, Bonet M, Yap M, Chatterjee S, Kew T, et coll. Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. *BMJ* [En ligne]. 2020;370:m3320. Accessible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32873575>.
3. Organisation panaméricaine de la Santé, Organisation mondiale de la Santé. Epidemiological Alert: COVID-19 in pregnant women - 13 August 2020 [En ligne]. Washington, DC: OPS/OMS. 2020. Accessible : <https://www.paho.org/en/documents/epidemiological-alert-covid-19-during-pregnancy-13-august-2020>.
4. Elshafeey F, Magdi R, Hindi N, Elshebiny M, Farrag N, Mahdy S, et coll. A systematic scoping review of COVID-19 during pregnancy and childbirth. *Int J Gynaecol Obstet* [En ligne]. 2020;150:47-52. Accessible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32330287>.
5. Alzamora MC, Paredes T, Caceres D, Webb CM, Valdez LM, La Rosa M. Severe COVID-19 during Pregnancy and Possible Vertical Transmission. *Am J Perinatol* [En ligne]. 2020. Accessible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32305046>.
6. Chen L, Li Q, Zheng D, Jiang H, Wei Y, Zou L, et coll. Clinical Characteristics of Pregnant Women with Covid-19 in Wuhan, China. *N Engl J Med* [En ligne]. 2020. Accessible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32302077>.
7. Amorim MMR, Soligo Takemoto ML, Fonseca EBD. Maternal deaths with coronavirus disease 2019: a different outcome from low- to middle-resource countries? *Am J Obstet Gynecol* [En ligne]. 2020;223:298-9. Accessible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32348744>.
8. Asadi L, Tabatabaei R, Nejad H, Mohammadi M. New Corona Virus (COVID-19) Management in Pregnancy and Childbirth. *Arch Clin Infect Dis*. 2020;sous presse.
9. Ashokka B, Loh MH, Tan CH, Su LL, Young BE, Lye DC, et coll. Care of the Pregnant Woman with COVID-19 in Labor and Delivery: Anesthesia, Emergency cesarean delivery, Differential diagnosis in the acutely ill parturient, Care of the newborn, and Protection of the healthcare personnel. *Am J Obstet Gynecol* [En ligne]. 2020. Accessible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32283073>.

10. Baud D, Greub G, Favre G, Gengler C, Jatton K, Dubruc E, et coll. Second-Trimester Miscarriage in a Pregnant Woman With SARS-CoV-2 Infection. *JAMA* [En ligne]. 2020. Accessible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32352491>.
11. Breslin N, Baptiste C, Gyamfi-Bannerman C, Miller R, Martinez R, Bernstein K, et coll. COVID-19 infection among asymptomatic and symptomatic pregnant women: Two weeks of confirmed presentations to an affiliated pair of New York City hospitals. *Am J Obstet Gynecol MFM* [En ligne]. 2020:100118. Accessible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32292903>.
12. Breslin N, Baptiste C, Miller R, Fuchs K, Goffman D, Gyamfi-Bannerman C, et coll. COVID-19 in pregnancy: early lessons. *Am J Obstet Gynecol MFM* [En ligne]. 2020:100111. Accessible : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2589933320300410>.
13. Chen S, Huang B, Luo DJ, Li X, Yang F, Zhao Y, et coll. [Pregnant women with new coronavirus infection: a clinical characteristics and placental pathological analysis of three cases]. *Zhonghua Bing Li Xue Za Zhi* [En ligne]. 2020;49:E005. Accessible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32114744>.
14. Chen S, Liao E, Cao D, Gao Y, Sun G, Shao Y. Clinical analysis of pregnant women with 2019 novel coronavirus pneumonia. *J Med Virol*. 2020.
15. Chen Y, Peng H, Wang L, Zhao Y, Zeng L, Gao H, et coll. Infants Born to Mothers With a New Coronavirus (COVID-19). *Front Pediatr* [En ligne]. 2020;8:104. Accessible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32266184>.
16. Diaz CA, Maestro ML, Pumarega MTM, Anton BF, Alonso CP. First case of neonatal infection due to COVID 19 in Spain. *An Pediatr (Engl Ed)* [En ligne]. 2020. Accessible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32363217>.
17. Docherty AB, Harrison EM, Green CA, Hardwick HE, Pius R, Norman L, et coll. Features of 16,749 hospitalised UK patients with COVID-19 using the ISARIC WHO Clinical Characterisation Protocol [En ligne]. 2020. Accessible : <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.23.20076042v1>.
18. Fan C, Lei D, Fang C, Li C, Wang M, Liu Y, et coll. Perinatal Transmission of COVID-19 Associated SARS-CoV-2: Should We Worry? *Clin Infect Dis* [En ligne]. 2020. Accessible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32182347>.
19. Ferrazzi E, Frigerio L, Savasi V, Vergani P, Prefumo F, Barresi S, et coll. Vaginal delivery in SARS-CoV-2 infected pregnant women in Northern Italy: a retrospective analysis. *BJOG* [En ligne]. 2020. Accessible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32339382>.