



La Commission Technique Nationale du Corona et Grossesse

COVID-19 et grossesse

DIRECTIVES DU COVID-19 sur L'accouchement et le travail

Avril 2020



الجمهورية اللبنانية
وزارة الصحة العامة



مقدمة

تعمل اللجنة الوطنية التقنية لل كورونا والحمل في وزارة الصحة العامة على إعداد بروتوكولات وطنية موحدة تتعلق بمتابعة الحمل والطلق والولادة وما بعد الولادة للمصابات او المشتبه بإصابته ن بال كورونا، وذلك لتوحيد وتسهيل الأعمال الطبية للزميلات والزملاء .كما وتعمل أيضًا على إعداد مواد تدريبية لتدريب الزملاء من خلال ورش عمل عن طريق تقنيات التواصل المعلوماتية، إضافة الى مواد تثقيفية تحاكي تساؤلات الحامل وأسرتها فيما يتعلق بالحماية والمتابعة والممارسات الصحية اليومية .كما وتعمل اللجنة على رصد ومتابعة حالات الحمل المصابة بال كورونا لضمها الى السجل الوطني للإحصاء.

المعلومات حول كورونا تتجدد بشكل دوري وسريع وتتغير معها بعض الارشادات .سوف تصلكم الموارد

من اللجنة تبعاً بحسب الدراسات والأدلة التي يتم تجديدها وتحديثها.

تتطلع اللجنة الى تعاونكم واقتراحاتكم في هذا المجال.

د فيصل القاق

رئيس اللجنة الوطنية التقنية لل كورونا والحمل في وزارة الصحة العامة

الأعضاء: د. سعد الدين عيتاني رئيس الجمعية اللبنانية للتوليد والأمراض النسائية، د. جهاد الحسن رئيس دائرة التوليد والجراحة النسائية في الجامعة اللبنانية، د. أنور نصار رئيس دائرة التوليد والجراحة النسائية في الجامعة الأميركية المركز الطبي، د. إيلي عطية رئيس دائرة التوليد والجراحة النسائية في الجامعة اليسوعية، د. رنا سكاف رئيس قسم التوليد في جامعة البلمند، د. طوني زريق رئيس دائرة التوليد والجراحة النسائية في الجامعة اللبنانية الأميركية، د. ربيع شاهين رئيس دائرة التوليد والجراحة النسائية في مستشفى رفيق الحريري الحكومي الجامعي، د. وديع غنمة رئيس دائرة التوليد والجراحة النسائية جامعة الكسليك، د. ربيع شماعي مدير البرنامج الوطني للصحة النفسية، السيدة دعد العاكوم رئيسة نقابة القابلات القانونيات، السيدة وفاء كنعان دائرة الرعاية الأولية -وزارة الصحة العامة

تتعاون اللجنة مع السيدة اسمى قرداحي -صندوق الأمم المتحدة للسكان، د. رشا حمرا - رئيسة دائرة التثقيف في وزارة الصحة

Sommaire

| | |
|--|----|
| 1. Objectif | 4 |
| 2. Considérations pré-hospitalières – Triage téléphonique | 5 |
| 3. Considérations importantes pour les soins fournis aux femmes enceintes..... | 7 |
| 3.1. Le contrôle et la prévention des infections du COVID-19 en maternité chez les femmes enceintes hospitalisées..... | 7 |
| 3.2. Les femmes enceintes suspectes du COVID-19 se présentant durant le travail pour les soins intrapartum, avec ou sans symptômes modérés..... | 9 |
| 3.3. Les femmes enceintes COVID-19 se présentant durant le travail pour les soins intrapartum, avec ou sans symptômes modérés..... | 10 |
| 3.4. Conseils généraux pour la salle d’opération en obstétrique pour les cas suspects ou confirmés..... | 11 |
| 3.5. Accouchement électif par césarienne | 11 |
| 3.6. Induction planifiée du travail | 11 |
| 3.8. PRISE EN CHARGE POSTNATALE | 13 |
| 3.8.1 Soins néonataux | 13 |
| 3.8.2 Alimentation des nourrissons | 13 |
| 3.9. Arrêt des précautions à base de transmission pour les patientes hospitalisées avec COVID-19..... | 14 |
| 3.10. Processus de sortie..... | 14 |
| 4. Modifications générales du flux du travail et de l’accouchement de routine..... | 15 |
| 4.1 Politique des visiteurs..... | 15 |
| 4.3 Soins Post-Partum..... | 15 |
| 5. Appendix | 16 |
| Appendix A. Mettre (enfiler) un Equipement de Protection Individuelle (EPI) | 16 |
| Appendix B. Retrait d’un Equipement de Protection Individuelle (EPI) | 17 |
| 6. Références et Ressources Supplémentaires:..... | 18 |
| 7. Remerciement | 18 |

1. Objectif

Le but de ce document est de donner des directives sur le flux du travail et de l'accouchement pendant la pandémie du COVID-19. Les objectifs sont les suivants:

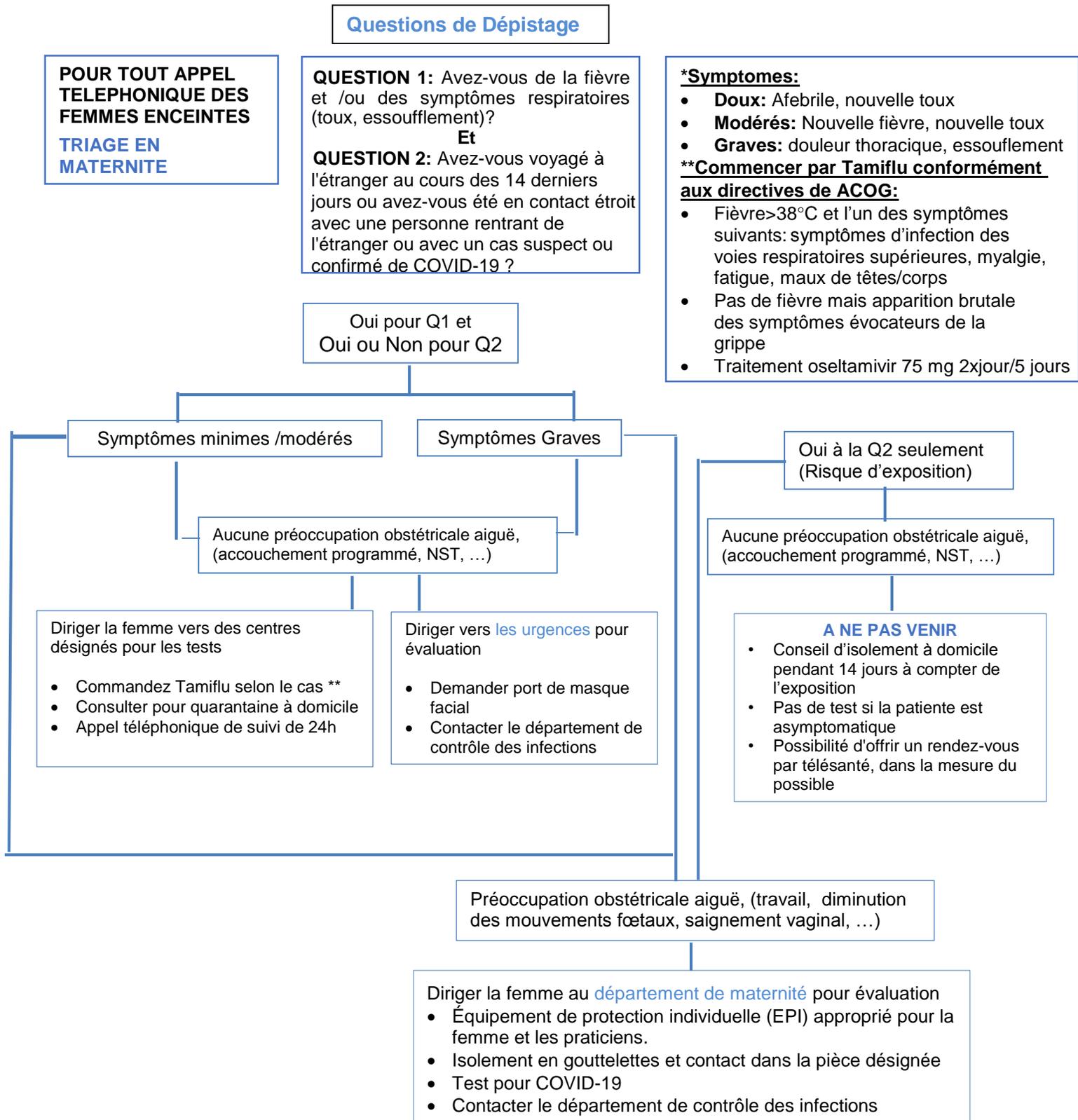
1. Fournir des conseils généraux concernant les soins donnés aux femmes enceintes. Assurer une réponse uniforme de l'équipe soignante et médicale, surtout pour les cas suspects ou confirmés du COVID-19 chez les femmes enceintes en phase de travail ou se présentant pour un accouchement programmé.
2. Réduire le risque de transmission maternelle et néonatale du COVID-19 en minimisant les contacts à l'hôpital et selon un isolement approprié.
3. Dépister et tester correctement les femmes enceintes pour COVID-19.
4. Aider à prévenir la propagation du COVID-19 dans l'établissement de santé.

**Aucune directive ne peut couvrir tous les scénarios. Utilisez ces conseils et votre jugement clinique pour éviter tout contact autant que possible.
Veuillez rester à l'écoute car les conseils continueront de changer fréquemment.**

2. Considérations pré-hospitalières – Triage téléphonique

- 2.1. Ça sera bien favorable d'informer toutes les femmes enceintes à contacter le département de maternité **avant** de se présenter dans les hôpitaux pour un accouchement programmé ou un test prénatal (NST,...) ou pendant le travail. La notification du département avant l'arrivée permettra au personnel de s'assurer des préparatifs appropriés de lutte contre les infections et d'informer tout le personnel impliqué dans les soins avant l'arrivée de la patiente.
- 2.2. Les appels téléphoniques à la maternité doivent être triés par l'infirmière ou la sage-femme conformément à l'algorithme de la figure 1. L'infirmière prendra une histoire complète qui comprend les voyages récents, l'exposition à une personne présumée positive au COVID-19 et tout autre symptôme respiratoire. En général, les patientes qui présentent des symptômes de COVID-19 ou de grippe sans problème obstétrical urgent seront invitées à reporter leur visite. L'infirmière / sage-femme contactera l'obstétricien et reviendra vers la patiente. Certaines patientes pourraient être appelées pour effectuer le test COVID-19. Les patientes en attente de résultats doivent être invitées à s'auto-isoler ou seront admises dans une salle d'isolement préétablie au département de maternité, en fonction de la présentation clinique de la patiente et de sa plainte principale. Les praticiens suivront les résultats des tests et informeront l'équipe de tout résultat positif.
- 2.3. Les professionnels de santé devraient informer rapidement le département de lutte contre les infections de leur établissement et les autorités sanitaires dès l'arrivée prévue d'une patiente enceinte qui est considérée comme personne sous investigation (PSI) / cas suspect.

Figure 1: Organigramme pour trier les femmes enceintes qui appellent la maternité pour des problèmes obstétricaux URGENTS et NON-URGENTS



3. Considérations importantes pour les soins fournis aux femmes enceintes

Lorsque la patiente arrive à la maternité (en cas où elle ne nous contacte pas selon le protocole), l'infirmière autorisée fera un dépistage verbal des symptômes d'infection des voies respiratoires supérieures et des antécédents de voyage et d'exposition. L'interrogatoire sera effectué avant qu'elle entre à la maternité. Si la patiente présente des signes de fièvre ou de toux, elle doit recevoir un équipement de protection individuelle (EPI).

Considérations importantes dans la prise en charge des patientes dont le dépistage du risque d'exposition ou de symptômes est positif jusqu'à ce que COVID-19 soit exclu:

3.1. Le contrôle et la prévention des infections du COVID-19 en maternité chez les femmes enceintes hospitalisées

- 3.1.1** Les femmes enceintes atteintes du COVID-19 ou cas suspects/PSI doivent être soignées dans une chambre pour une seule personne à porte fermée. Une salle d'isolement à la maternité permet d'admettre les patientes suspectes du COVID-19. La gestion du COVID-19 confirmé est détaillée dans la section 3.3.
- 3.1.2** Tout le personnel de santé qui entre dans la chambre de la patiente infectée par COVID-19 /ou cas suspect (PSI) doit respecter les précautions standard d'isolement par contact et aéroporté.
- 3.1.3** Des efforts devraient être mis pour minimiser le nombre du personnel entrant dans la salle, de préférence un personnel médical et un personnel infirmier. Les étudiants en médecine ne devraient pas être autorisés à entrer.
- 3.1.4** A subir une formation de base pour tout le personnel de santé de ces unités afin d'inclure le respect correct des pratiques de contrôle des infections et de l'utilisation et de la manipulation des EPI (annexes A et B) ; des fournitures d'EPI suffisantes et appropriées doivent être positionnées à tous les points de soins. Vérifiez les liens sur l'enfilage approprié https://www.youtube.com/watch?v=kKz_vNGsNhc
Du port et retrait des EPI <https://www.youtube.com/watch?v=oUo5O1JmLHO>
- 3.1.5** Pratiquer une hygiène des mains vigilante. Cela comprend l'utilisation d'un désinfectant pour les mains qui contient de 60% à 95% d'alcool avant et après tout contact avec la patiente, tout contact avec des matières potentiellement infectieuses, et avant de mettre et lors du retrait de l'EPI, y compris les gants. L'hygiène des mains peut également être effectuée par lavage à l'eau et au savon pendant au moins 20 secondes. Si les mains sont visiblement souillées, à utiliser de l'eau et du savon avant d'utiliser le désinfectant à base d'alcool. Consultez le lien CDC sur l'hygiène des mains <https://youtu.be/d914EnpU4Fo>
- 3.1.6** Tous les praticiens de santé doivent suivre les recommandations des EPI du CDC: les recommandations actuelles du CDC incluent un masque chirurgical, des lunettes de protection, une blouse et des gants.

Les masques N-95 ne doivent être utilisés que si la patiente est sous CPAP, ayant une canule nasale à haut débit O2, lors de l'administration des médicaments nébulisés ou lors des procédures générant des aérosols.

Vérification de l'ajustement des préformes à chaque utilisation du masque N-95, comme indiqué dans le lien <https://youtu.be/XPOzCG4DrgQ>

- 3.1.7** Le personnel de santé **enceinte** doit suivre les directives d'évaluation des risques et de contrôle des infections le même que pour les praticiens exposés aux patientes atteintes du COVID-19 ou cas suspects (PSI).
- 3.1.8** Il faudra envisager de limiter l'exposition des praticiennes **enceintes** aux patientes ayant le COVID-19 ou PSI, en particulier pendant les procédures à risque élevé (par exemple, les procédures générant des aérosols), si cela est possible en fonction de la disponibilité du personnel.

3.2. Les femmes enceintes suspectes du COVID-19 se présentant durant le travail pour les soins intrapartum, avec ou sans symptômes modérés

- 3.2.1** Toutes les patientes doivent être encouragées à appeler le département de maternité avant de se présenter à l'hôpital comme indiqué dans les sections 2.1. et 2.2.
- 3.2.2** Les femmes enceintes présentant des symptômes légers du COVID-19 peuvent être encouragées à rester à la maison (auto-isolément) au début du travail (phase latente), conformément à la pratique standard. Si possible, il faut leur conseiller de faire des tests COVID-19.
- 3.2.3** Une fois qu'une patiente se présente au département de maternité, elle s'installe dans la salle pré-désignée, et une évaluation maternelle et fœtale complète doit être effectuée pour inclure:
 - 3.2.3.1** L'évaluation de la gravité des symptômes possibles du COVID-19 devrait suivre une approche d'équipe multidisciplinaire comprenant un spécialiste des maladies infectieuses et / ou un médecin spécialiste en médecine fœtale maternelle (MFM), si possible.
 - 3.2.3.2** Effectuer le test COVID-19.
 - 3.2.3.3** Observations maternelles, y compris la température, la fréquence respiratoire et les saturations en oxygène.
 - 3.2.3.4** Confirmation du début du travail, conformément aux soins standard.
 - 3.2.3.5** Une surveillance fœtale par monitoring électronique continue à l'aide d'un cardiotocographe (CTG) est recommandée, en particulier si la patiente est confirmée être atteinte du COVID-19.
 - 3.2.3.6** Si pas de préoccupations concernant l'état de la mère ou du bébé, les femmes seront généralement invitées à rentrer chez elles jusqu'à ce que le travail soit mieux établi et si un transport approprié est disponible.
 - 3.2.3.7** Les femmes devraient recevoir les conseils habituels concernant les signes et les symptômes à surveiller, mais en plus devraient être informées des symptômes liés à une détérioration due à COVID-19 après consultation avec l'équipe médicale (par exemple difficulté à respirer, fièvre plus élevée que 38°C).
 - 3.2.3.8** Si le travail est confirmé, les soins pendant le travail devraient idéalement se poursuivre dans la même salle d'isolement, en attendant les résultats du COVID-19.

3.3. Les femmes enceintes COVID-19 se présentant durant le travail pour les soins intrapartum, avec ou sans symptômes modérés

- 3.3.1 Les femmes enceintes atteinte du COVID-19 seront admises à la salle d'isolement pré-assignée. Lors de l'admission, les membres suivants de l'équipe multidisciplinaire doivent être informés: obstétricien, spécialiste MFM (si disponible), anesthésiste, infirmière responsable, sage-femme, pédiatre ou néonatalogiste.
- 3.3.2 Des efforts devraient être mis pour minimiser le nombre du personnel entrant dans la salle, de préférence un personnel médical et un personnel infirmier. Les étudiants en médecine ne devraient pas être autorisés à entrer.
- 3.3.3 S'il existe des preuves de regroupement et de co-infection à domicile, les partenaires doivent rester isolés et ne pas entrer à l'unité, qu'ils soient symptomatiques ou non.
- 3.3.4 Les observations et l'évaluation de la mère doivent être poursuivies conformément à la pratique standard, avec ajout du monitoring des saturations en oxygène. Viser à maintenir la saturation en oxygène > 94%, en titrant l'oxygénothérapie.
- 3.3.5 Il n'y a actuellement aucune preuve pour favoriser un mode de naissance sur autre et, par conséquent, le mode de naissance doit être discuté avec la femme, en tenant compte de ses préférences, de son avancée dans le travail, du statut fœtal et de toute autre indication obstétricale. Le mode de naissance ne doit pas être influencé par la présence du COVID-19, sauf si l'état respiratoire de la patiente nécessite un accouchement urgent.
- 3.3.6 Rien n'indique la contre-indication de l'anesthésie péridurale ou vertébrale en présence de coronavirus. L'analgésie péridurale doit donc être recommandée avant ou au début du travail aux femmes suspectes ou confirmées avoir COVID-19 afin de minimiser le besoin d'anesthésie générale si un accouchement urgent est nécessaire.
- 3.3.7 En cas de détérioration de l'état de la patiente, une évaluation individuelle doit être effectuée concernant les risques et les avantages de la poursuite du travail par rapport à l'accouchement en urgence par césarienne si cela est susceptible d'aider la réanimation de la mère.
- 3.3.8 Si une césarienne d'urgence est nécessaire, cela doit être fait dans une chambre à pression négative. L'enfilage des EPI prend du temps. Cela peut avoir un impact sur le temps de l'accouchement, mais cela doit être fait. Les femmes et leurs familles doivent être informées de ce retard éventuel. Il est conseillé de minimiser le changement de prestataires de soins et le nombre du personnel, de préférence pas plus que deux personnels dans l'équipe obstétricale.
- 3.3.9 Une décision individualisée devrait être prise concernant la réduction de la durée du deuxième stade du travail avec accouchement électif chez une patiente symptomatique qui devient épuisée ou hypoxique.
- 3.3.10 En l'absence de preuves contradictoires, un clampage retardé du cordon

après la naissance peut toujours être pratiqué, à condition qu'il n'y ait pas d'autres contre-indications. Le bébé peut être nettoyé et séché normalement, tandis que le cordon est encore intact.

3.4. Conseils généraux pour la salle d'opération en obstétrique pour les cas suspects ou confirmés.

- 3.4.1** Les procédures électives doivent être programmées à la fin du calendrier opératoire.
- 3.4.2** Le nombre d'employés dans la salle d'opération doit être réduit au minimum, tous doivent porter un EPI approprié.
- 3.4.3** Le personnel (y compris les services de maternité, de néonatalogie et d'anesthésie) doit être formé à l'utilisation des EPI afin de pouvoir utiliser les salles d'opération d'urgence 24 /24 heures et réduire les retards éventuels.

3.5. Accouchement électif par césarienne

- 3.5.1** Pour les femmes enceintes présentant des symptômes bénins évocateurs du COVID-19 qui ont des rendez-vous programmés pour des soins préopératoires ou une césarienne élective, elles doivent suivre une évaluation individuelle pour déterminer la possibilité de reporter le rendez-vous afin de minimiser le risque de transmission infectieuse à d'autres femmes, aux professionnels de santé et après la naissance à leur bébé. Le temps de permettre aux résultats des tests COVID-19 d'être subit.
- 3.5.2** Dans les cas où l'accouchement électif par césarienne ne peut être reporté dans les conditions de sécurité, il doit être effectué comme prévu. Les femmes doivent être admises dans la salle d'isolement pré-assignée et toutes les précautions doivent être prises en attendant les résultats du test COVID-19. Ensuite, l'accouchement par césarienne peut être effectué dans la salle d'opération normale si le résultat est négatif ou dans une chambre à pression négative si le résultat est positif.

3.6. Induction planifiée du travail

- 3.6.1** En ce qui concerne la naissance élective par césarienne, une évaluation individuelle doit être effectuée concernant l'urgence de l'induction du travail planifiée chez les femmes enceintes présentant des symptômes modérés avec COVID-19 suspect ou confirmé.
- 3.6.2** Si l'induction du travail ne peut pas être retardée en toute sécurité, elle doit être effectuée comme prévu. Les femmes devraient être admises dans la chambre d'isolement et toutes les précautions doivent être prises dans l'attente des résultats du test Covid-19.

3.7.Considérations supplémentaires pour les femmes enceintes présentant un COVID-19 suspect ou confirmé, avec des symptômes modérés ou sévères

Les recommandations suivantes s'appliquent en addition à celles spécifiées pour les femmes asymptomatiques ou ayant des symptômes minimes admises à l'hôpital nécessitant des soins intrapartum avec détérioration des symptômes et infection COVID-19 suspectée ou confirmée:

3.7.1 Une réunion pour planification et discussion multidisciplinaire impliquant idéalement un médecin consultant (spécialiste des maladies infectieuses), un obstétricien, un spécialiste en MFM (si possible), une infirmière responsable, une sage-femme, un pédiatre ou un néonatalogiste et un anesthésiste, responsable des soins obstétricaux, doit être organisée dès que possible après admission de la patiente. La décision finale doit être discutée avec la patiente. Les points suivants devraient être discutés:

3.7.1.1. Priorités clés pour les soins médicaux de la patiente.

3.7.1.2. La priorité des soins médicaux se concentre sur la stabilisation de l'état de la patiente avec des thérapies de soins de soutien standard, comme c'est le cas dans d'autres urgences maternelles, par exemple une pré-éclampsie sévère.

3.7.1.3. Les examens radiographiques doivent être effectués idem à la préparation ordinaire des femmes non enceintes; cela comprend la pratique de la radiographie pulmonaire et de la tomodensitométrie thoracique si nécessaire.

3.7.1.4. La fréquence cardiaque fœtale lors du monitoring suit la même ligne de base que pour une femme enceinte non infectée, en tenant compte de l'âge gestationnel du fœtus et de l'état maternel. Si un accouchement urgent est indiqué pour des raisons fœtales, l'accouchement doit être accéléré normalement si l'état maternel est stable.

3.7.1.5. L'équipe néonatale doit être informée le plus tôt possible de la planification des accouchements si la patiente est atteinte du COVID-19 avec signes et symptômes modérés / ou sévères.

3.7.1.6. En ce qui concerne le mode de naissance, une décision individualisée doit être également prise, sans contre-indication obstétricale à aucune méthode. L'accouchement par césarienne doit être effectué si indiqué en fonction de l'état maternel et fœtal comme dans la pratique normale.

3.7.1.7. Compte tenu de l'association du COVID-19 avec le syndrome de détresse respiratoire aiguë, les femmes présentant des symptômes modérés ou sévères du COVID-19 doivent être surveillées pour les entrées-sorties et se concentrer à atteindre un équilibre hydrique neutre pendant le travail, afin d'éviter le risque de surcharge de liquide. Habituellement, le total des fluides administrés ne doit pas dépasser 100 ml / heure.

3.8. PRISE EN CHARGE POSTNATALE

3.8.1 Soins néonataux

- 3.8.1.1. Les données sont limitées en ce qui concerne la prise en charge postnatale des bébés dont la mère a été testée positive pour COVID-19 au cours du troisième trimestre de la grossesse.
- 3.8.1.2. De façon rassurante, il n'y a actuellement aucune preuve de transmission verticale.
- 3.8.1.3. Les nourrissons nés des mères COVID-19 positif devraient être considérés comme des PSI. À ce titre, ces nourrissons doivent être isolés conformément au Guide de prévention et de contrôle des infections pour les PSI.
- 3.8.1.4. Un isolement séparé de la mère infectée et de son bébé est souhaitable jusqu'à ce que davantage des preuves soient disponibles. Durée d'au moins pendant 14 jours ou jusqu'à ce que les précautions basées sur la transmission de la mère sont interrompues. Cela peut être fait en les mettant dans des pièces séparées ou en envisageant d'utiliser des moyens techniques comme des barrières physiques (par exemple, un rideau entre la mère et le nouveau-né) et en gardant une distance de 2 mètres entre le nouveau - né et sa mère malade.
- 3.8.1.5. Tous les bébés provenant des femmes avec COVID-19 confirmé doivent être également testés pour COVID-19.
- 3.8.1.6. Une discussion risques / avantages avec les pédiatres ou les néonatalogistes et les familles qui vise à individualiser les soins chez les bébés sensibles est recommandée.

3.8.2 Alimentation des nourrissons

- 3.8.2.1. Le risque principal pour les nourrissons lors de l'allaitement est le contact étroit avec la mère, qui est susceptible de partager des gouttelettes aéropartées infectieuses. Selon les preuves actuelles, les conseils sur les avantages de l'allaitement maternel surmontent les risques potentiels de transmission du virus par le lait maternel. Ainsi, l'approvisionnement en lait maternel (via le pompage / tirage) est encouragé. Les risques et les avantages de l'allaitement maternel, y compris le risque de tenir le bébé près de la mère, devraient être discutés avec elle. Ces conseils peuvent changer à mesure que les connaissances évoluent. Le CDC recommande que pendant la séparation temporaire, les femmes qui ont l'intention d'allaiter soient encouragées à tirer leur lait maternel pour établir et maintenir l'approvisionnement en lait. Pour les femmes souhaitant allaiter, si la mère n'est pas séparée du nouveau-né, des précautions doivent être prises pour limiter la propagation virale au bébé:

- 3.8.2.1.1. Se laver les mains avant de toucher le bébé, le tire-lait ou les biberons
- 3.8.2.1.2. Essayez d'éviter de tousser ou d'éternuer sur votre bébé pendant que vous allaitez
- 3.8.2.1.3. Un masque facial doit être porté pendant l'allaitement.
- 3.8.2.1.4. Si elle exprime le lait maternel avec un tire-lait manuel ou électrique, la mère doit suivre les recommandations du nettoyage correct du tire-lait après chaque utilisation et un tire-lait dédié doit être utilisé.
- 3.8.2.1.5. Pensez à demander à une personne proche en bonne santé de nourrir le bébé avec le lait exprimé.

- 3.8.2.2. Pour les femmes qui allaitent au biberon avec du lait maternisé / du lait exprimé, les directives de stérilisation sont strictement recommandées.

3.9. Arrêt des précautions à base de transmission pour les patientes hospitalisées avec COVID-19

- 3.9.1 La décision d'arrêter les précautions doit être prise cas par cas en consultation avec les cliniciens et l'équipe de contrôle des infections. Cette décision devrait tenir compte de la gravité de la maladie, des signes et symptômes de la maladie et des résultats des tests du laboratoire pour le COVID-19 maintenus par des échantillons respiratoires. Les mesures à prendre pour mettre fin aux précautions basées sur la transmission sont les suivantes:
 - 3.9.1.1 Résolution de la fièvre, sans utilisation de médicaments antipyrétiques
 - 3.9.1.2 Amélioration des signes et symptômes de la maladie.
 - 3.9.1.3 Résultats négatifs du test COVID-19 à partir d'échantillons prélevés à ≥ 24 heures d'intervalle (idéalement un total de quatre échantillons négatifs - deux nasopharyngés et deux par la gorge)

3.10. Processus de sortie

- 3.10.1 Les patientes peuvent être libérées de l'établissement de santé chaque fois que cela est cliniquement indiqué.
- 3.10.2 L'isolement doit être maintenu à la maison si la patiente rentre chez elle et la décision de cesser les précautions basées sur la transmission est prise.
- 3.10.3 La décision de renvoyer la patiente à domicile doit être prise en consultation avec l'équipe de soins cliniques et l'équipe de contrôle des infections et devrait comprendre des considérations sur l'adéquation du domicile et la capacité de la patiente à respecter les recommandations d'isolement à domicile, et le risque potentiel de transmission secondaire aux membres proches immunodéprimés.

4. Modifications générales du flux du travail et de l'accouchement de routine

Cette section décrit les modifications générales apportées à la maternité quel que soit l'état de la patiente et du COVID-19.

4.1 Politique des visiteurs

Étant donné le risque important de transmission du COVID-19 entre la patiente / la famille / les prestataires de santé, il y a eu des restrictions strictes sur la politique de visite.

- Département de maternité (unité du travail) - La visite sera limitée à une personne de soutien, si vous le souhaitez. La personne de soutien sera aussi interrogée sur les antécédents et les symptômes et la température sera prise avant d'entrer à l'unité. Si l'un d'eux est positif, il / elle **ne peut pas** être admis (e) dans l'unité et doit être avisé (e) de se mettre en quarantaine à domicile et de consulter un médecin. **Le changement de visiteurs n'est pas autorisé.**
- Antepartum et postpartum - Une personne de soutien, si vous le souhaitez.
- Aucun enfant autorisé à tout moment.

La visite peut être encore restreinte à la discrétion de la direction de l'unité

4.2 Induction du travail et accouchement par césarienne

L'induction du travail et les accouchements électifs par césarienne pour les femmes enceintes apparemment en bonne santé ne devraient **PAS** être reportés.

4.3 Soins Post-Partum

Tous les efforts devraient être mis pour renvoyer rapidement les patientes en bonne santé à domicile. Les patientes doivent être informées, afin de limiter leurs risques personnels, nous accélérons la sortie du post-partum.

- Planification accélérée des sorties:
 - Tous les accouchements par voie vaginale devraient avoir pour objectif une sortie après le premier jour du post-partum.
 - Tous les accouchements par césarienne devraient avoir pour objectif une sortie au deuxième jour du post-partum, et même au premier jour du post-partum s'ils respectent les étapes et la patiente se sent bien.
 - Discutez avec le pédiatre / néonatalogiste la planification de la sortie de la mère pour voir si le bébé sera prêt à sortir à ce moment - là.

Les soins à domicile avec fourniture du matériel pour le suivi de la pression artérielle seront essentiels pour surveiller des patientes souffrant d'un trouble hypertensif.

Toutes les visites post-partum doivent être organisées à un stade ultérieur avec possibilité de reporter la visite en fonction de la situation.

5. Appendix

Appendix A. Mettre (enfiler) un Equipement de Protection Individuelle (EPI)

COVID 19

Mettre un Equipement de Protection Individuelle

Utilisez les pratiques de travail en sécurité pour vous protéger et limiter la propagation de l'infection:

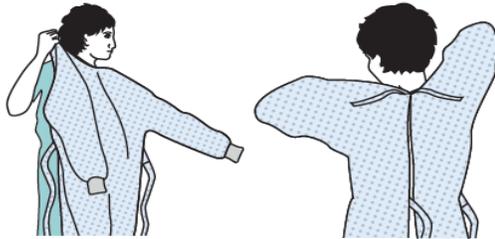
- Eloignez les mains du visage et des EPI
- Changer de gants lorsqu'il est déchiré ou contaminé
- Limiter de toucher les surfaces dans l'environnement de la patiente
- Effectuer régulièrement l'hygiène des mains
- Se laver toujours les mains après avoir retiré ses gants

Revêtir un équipement de protection individuelle (EPI). L'ordre de mise est une blouse, un respirateur, protection des yeux et gants. Cela se fait à l'extérieur de la chambre du patient.

Instructions de pré-enfilage

- S'assurer que le personnel soignant soit hydraté
- Attacher les cheveux en arrière
- Retirer les bijoux
- Vérifier la disponibilité de l'EPI en bonne taille /forme

Lavez les mains avant d'enfiler l'EPI



- 1** Mettre la blouse jetable à manches longues Attacher les jointures du cou et de taille.

2 Masque

Remarque: cela doit être le même masque testé et adapté au préalable pour être utilisé. Les lunettes de sécurité doivent être portées avec le masque, ceux-ci doivent être portés aussi à l'avance pour s'assurer de leur compatibilité.



Positionner les bandes supérieures sur le sommet de la tête, au-dessus des oreilles et les bandes inférieures au niveau de la nuque ou du cou. Assurez-vous que le masque est à plat contre les joues. Avec les deux mains, moulez le nez du pont du nez en appuyant fermement sur les deux côtés du nez avec vos doigts pour une bonne adaptation. Si un bon ajustement ne peut pas être obtenu, NE PAS PROCÉDER.

Effectuez une vérification de l'ajustement. La technique diffèrera entre différentes marques de masques. Les instructions sur la bonne technique sont fournies par les fabricants et doivent être suivies pour vérifier l'ajustement

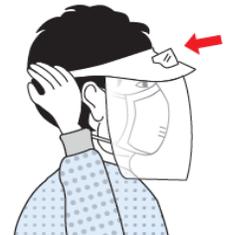
4 Protection des yeux

Placer sur le visage et les yeux et ajuster le bandeau pour l'adapter.



3 Gants –

sélectionner selon la taille de la main. Assurer le revers de la robe est couvert par le revers des gants.



<https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-personal-protective-equipment-use-for-aerosol-generating-procedures>

Retrait d'un Equipement de Protection Individuelle (EPI)

L'EPI doit être enlevé dans un ordre qui minimise le potentiel de contamination.
Sauf s'il existe une chambre d'isolement avec antechambre, l'EPI doit être enlevé de manière systématique avant de quitter la chambre de la patiente, c'est-à-dire retrait des gants, puis blouse puis protection des yeux.
Le masque FFP3 doit toujours être retiré à l'extérieur de la chambre de la patiente.

Lorsque cela est possible (dédié la chambre d'isolement avec antichambre) devrait être supervisé par un collègue à une distance de 2 mètres pour réduire le risque de contamination du personnel de santé en retirant les EPI.

Le respirateur FFP3 doit être retiré dans l'antichambre. Dans l'absence d'antichambre, retirer le respirateur FFP3 dans une zone en sécurité (par exemple, à l'extérieur de la salle d'isolement).

L'ordre du retrait de l'EPI est comme suit:

1 Gants - l'extérieur des gants est contaminé

- Première étape
- Saisir l'extérieur du gant avec la main opposée gantée; enlever le gant
 - Tenir le gant retiré par la main gantée

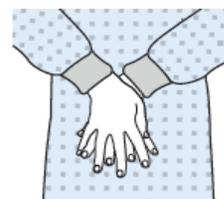


Puis:

- Faire glisser les doigts de la main non gantée sous le gant qui reste au niveau du poignet
- Retirer le gant, l'enrouler dans l'autre le saisir et le jeter



Se nettoyer les mains avec du gel alcoolisé



2 Le devant de la blouse et les manches seront contaminés



Détacher les jointures du cou puis de la taille

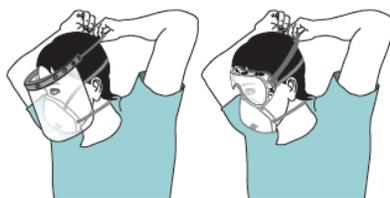


Tirer la blouse loin du cou et des épaules, toucher l'intérieur de la blouse en faisant un mouvement de peler, l'extérieur de la blouse étant contaminé



Tourner la robe à l'envers, plier ou rouler en paquet et jeter la dans une Poubelle spécifique

3 Protection des yeux (de préférable bouclier de protection du visage) - la surface extérieure sera contaminée.



Pour l'enlever, utiliser les deux mains pour manipuler les bandes en les tirant par l'arrière et le jeter

4 Masque - En absence d'une antichambre retirer les masques FFP3 dans un endroit sécurisé

(à l'extérieur de la salle d'isolement). Se nettoyer les mains avec une solution alcoolisée.

Ne toucher pas l'avant du masque car il sera le plus contaminé.

- Pencher-vous légèrement en avant.
- Atteindre l'arrière de la tête avec les deux mains pour trouver les bandes de maintien inférieures et amener-les jusqu'aux bandes supérieures
- Soulever les par-dessus de la tête
- laisser le masque tomber de votre visage et le jeter dans la poubelle.



5 Laver les mains avec de l'eau et du savon



<https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-personal-protective-equipment-use-for-aerosol-generating-procedures>

6. Références et Ressources Supplémentaires:

OMS – Ressources de l’Organisation Mondiale de la Santé

[WHO: Q&A on COVID-19, pregnancy, childbirth and breastfeeding](#)

Centres de prévention et de control des maladies (CDC) Resources COVID-19

[Interim Considerations for Infection Prevention and Control of Coronavirus Disease 2019 \(COVID-19\) in Inpatient Obstetric Healthcare Settings](#)

[Information for Healthcare Providers: COVID-19 and Pregnant Women](#) [CDC: Pregnancy & Breastfeeding \(Patient Info\)](#)

[Interim U.S. Guidance for Risk Assessment and Public Health Management of Healthcare Personnel with Potential Exposure in a Healthcare Setting to Patients with Coronavirus Disease \(COVID-19\)](#)

COVID-19 | SMFM.org – Société de Médecine Materno-Foetale

COVID-19 in Pregnancy: Preparing your Obstetrical Units: <https://youtu.be/FT5h4oMUOFk>

Le Collège Américain des Gynécologues Obstétriciens (ACOG)

[Novel Coronavirus 2019 \(COVID-19\): Practice Advisory](#)

Le Collège Royal des Gynécologues Obstétriciens (RCOG)

[Coronavirus \(COVID-19\) Infection in Pregnancy](#)

GOV.UK resources

[COVID-19: Guidance for infection prevention and control in healthcare settings](#)

7. Remerciement

| | |
|---------------|--------------------------|
| Faysal El Kak | Développement et Edition |
| Anwar Nassar | Révision and Edition |
| Elie Attieh | Révision |
| Rabih Chahine | Révision |
| Saad Itani | Révision |
| Rana Skaff | Révision |
| Toni Zreik | Révision |