

FICHE

Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 - Continuité du suivi postnatal des femmes et de leur enfant

Validée par le Collège le 1er avril 2020

Mise à jour le 24 avril 2020

L'essentiel

- **Réponse rapide n°1** : Des cas rares de transmission verticale du SARS-CoV-2 ont été identifiés et il n'y a pas d'argument en faveur d'une transmission lors de l'allaitement. Après la naissance le nouveau-né est susceptible d'être contaminé. Le confinement et les mesures barrières doivent être respectées et renforcées si la mère est infectée par le COVID-19.
- **Réponse rapide n°2** : Favoriser les sorties précoces, à partir de la 48^{ème} heure de vie du nouveau-né, en favorisant le lien ville-hôpital.
- **Réponse rapide n°3** : Réaliser l'examen du nouveau-né en présentiel entre le 6^{ème} et le 10^{ème} jour postnatal par un pédiatre ou un médecin généraliste au mieux dans le cadre d'une filière de soins organisée.
- **Réponse rapide n°4** : Proposer le suivi en téléconsultation ou en présentiel en fonction de l'évaluation de la situation clinique, mais aussi du contexte social et psychologique de la femme.
- **Réponse rapide n°5** : S'assurer du bien-être physique et mental de la mère, maintenir le soutien psychologique des femmes même à distance et accompagner la mère ou le couple dans ses pratiques parentales.
- **Réponse rapide n°6** : Renforcer le suivi en cas de sortie très précoce (avant 48 heures de vie).
- **Réponse rapide n°7** : Porter une attention particulière au circuit de surveillance du risque d'ictère et de suivi à la maternité en cas d'ictère confirmé.
- **Réponse rapide n°8** : Moduler l'organisation du suivi postnatal en fonction des particularités géographiques de l'épidémie et de l'accès aux ressources locales.

Contexte

La France est entrée le 14 mars 2020 dans la situation épidémique de stade 3 vis-à-vis du COVID-19. Dans une lettre du 27 mars 2020 la DGS a saisi la HAS en vue d'élaborer des recommandations générales destinées à assurer la continuité de prise en charge des femmes enceintes en période de confinement impliquant une limitation des déplacements.

Compte tenu des données disponibles très limitées, le HCSP a considéré les femmes enceintes au troisième trimestre de la grossesse, comme personnes à risque de développer une forme grave de COVID-19 (Avis HCSP du 31 mars) (<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=790>). De rares cas de transmission verticale du virus ont été identifiés (pas de virémie placentaire, ni dans le liquide amniotique ou le sang de cordon) (Chen, 2020) (Alzamora, 2020)(Dong, 2020)(Zeng, 2020)(CNGOF, 2020).

Ces réponses rapides portent sur les conditions et l'organisation du retour à domicile des mères et de leurs enfants pendant la période de confinement et sur la gestion des cas du retour à domicile de femmes atteintes de COVID-19 (sans signes de gravité) et de leur nouveau-né.

Rappel

Ces réponses rapides élaborées sur la base des connaissances disponibles à la date de leur publication sont susceptibles d'évoluer en fonction de nouvelles données.

Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés durant la pandémie de COVID-19

Organiser une sortie précoce pour les couples mère-enfant à bas risque médical, psychique et social

L'hôpital étant considéré comme un cluster COVID-19, il est recommandé d'organiser, pour les couples mère-enfant à bas risque médical, psychique et social, une sortie précoce :

- Si possible à **48 heures de vie du nouveau-né pour une femme ayant accouché par voie basse** (HAS, 2014) https://www.has-sante.fr/jcms/c_1290110/fr/sortie-de-maternite-apres-accouchement-conditions-et-organisation-du-retour-a-domicile-des-meres-et-de-leurs-nouveaux-nés;

Si une sortie de maternité est envisagée avant 48 heures de vie du nouveau-né, les recommandations de la HAS s'appliquent, quant aux critères de surveillance renforcée pour le nouveau-né, et à l'organisation des dépistages néonataux (HAS, 2014 ; HAS, 2020) (cf. Renforcer la surveillance en cas de sorties très précoces, avant 48 heures).

- Si possible à **96 heures de vie du nouveau-né pour une femme ayant accouché par césarienne**.

Avant toute sortie précoce de la maternité, le nouveau-né est examiné par un pédiatre : selon les situations précitées : soit à 48 heures de vie, avant 48 heures, à 96 heures).

Il est souhaitable qu'un professionnel référent du suivi postnatal accompagne les femmes, en particulier celles en situation précaire ou de vulnérabilité psychologique ou sociale afin de :

- réaliser les dépistages, prévenir les complications et les identifier précocement pour orienter vers un autre professionnel le cas échéant ;
- identifier un besoin de suivi ou d'aide complémentaire ou une orientation vers des ressources adaptées.

Anticiper une éventuelle infection du nouveau-né pour organiser le retour à domicile.

- **Tout nouveau-né de mère COVID+ doit être considéré comme porteur du virus.**
- **Il n'est pas conseillé actuellement de dépister systématiquement un nouveau-né de mère COVID- ou non suspectée d'être COVID+.**

L'AAP et le SOGC préconisent que tout nouveau-né de mère COVID+ soit considéré comme suspect de COVID-19. Selon les auteurs, l'intérêt d'un test de dépistage est d'organiser les soins postnatals et de proposer une surveillance rapprochée du nouveau-né (AAP. Management of Infants Born to Mothers with COVID-19, 2020; SOGC. Elwood, 2 avril 2020). Dans le contexte français la HAS estime plus prudent de considérer tout nouveau-né de mère COVID+ comme lui-même porteur du virus. Un test du nouveau-né ne se justifie alors pas.

Les précautions à prendre sont de rester strictement à domicile avec son enfant, d'éviter les contacts trop rapprochés avec l'entourage intrafamilial (notamment la fratrie et les personnes à risque), de porter un masque chirurgical, d'avoir une hygiène des mains strictes. La surveillance de la température et de l'apparition de symptômes d'infection respiratoire s'applique à la mère et à l'enfant.

Une revue systématique (Gajbhiye et al, 15 avril 2020) portant sur 23 études (20 chinoises, 1 coréenne, 1 américaine, et 1 du Honduras) a évalué que, sur un total de 122 nourrissons testés/162 nés de mères atteintes de COVID-19, 10 % se sont révélés positifs par RT-PCR au SARS-CoV-2 (avec un enfant mort-né et un enfant décédé en période périnatale, sans lien précisé avec le COVID-19).

La société française de néonatalogie souligne que les résultats d'un test n'influenceraient pas les pratiques à la maternité (pas de séparation mère-enfant et allaitement possible) ni la mise en place des mesures de protection et de surveillance en cas de mère ou d'enfant infecté (en protégeant néanmoins les autres enfants du foyer). En effet, depuis le début de l'épidémie de COVID-19, les enfants, en particulier les nouveau-nés, sont un groupe plus protégé comme en témoigne la faible proportion d'enfants au sein du nombre total des personnes infectées (entre 1 et 5 %) et le caractère plus bénin de leur atteinte (SFN, GREEN, 2020).

Les données actuelles, le retour des professionnels de terrain sur l'impact de la réalisation des tests de dépistage sur les pratiques à la maternité, les conditions de retour à domicile et les constats sur la santé de l'enfant ne permettent pas de préconiser de manière systématique un test de dépistage chez l'enfant. **Si le statut COVID de la mère est connu, celui du nouveau-né doit en effet être considéré a priori comme identique. Au moindre symptôme, la mère et l'enfant doivent être testés.**

Adapter les conditions et l'organisation du suivi postnatal à domicile des mères et de leurs nouveau-nés

Les conditions et l'organisation du retour à domicile suivent les recommandations de la HAS (HAS, 2014) tout en s'adaptant au contexte de l'épidémie.

- **Une 1^{re} visite systématique est réalisée idéalement dans les 24 heures après la sortie de la maternité** par une sage-femme libérale. La femme sort de la maternité avec ce rendez-vous pris.

- **Une 2^e visite** peut être planifiée selon l'appréciation de la sage-femme libérale, en téléconsultation ou en présentiel selon la situation. Si nécessaire, elle se met en lien avec le gynécologue-obstétricien et/ou le pédiatre et/ou le médecin généraliste.
- D'autres visites peuvent être planifiées en fonction des éléments médicaux à surveiller, des vulnérabilités ou du contexte social ou psychologique de la mère, et/ou des besoins ressentis par la mère ou le couple ; elles peuvent être réalisées en téléconsultation.

Pour les femmes à risque, si une hospitalisation à domicile (HAD) est indiquée, elle est à favoriser en fonction des moyens disponibles localement (HAS, 2011) https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_situations_pathologiques_pouvant_relever_de_lhospitalisation_a_domicile_au_cours_de_lante_et_post-partum.pdf.

Le premier certificat de santé « à établir obligatoirement dans les 8 premiers jours de vie » est rempli systématiquement par un médecin (pédiatre ou généraliste). Il peut être rempli à la sortie de maternité.

Compte tenu du raccourcissement de la durée des séjours en maternité, il est recommandé qu'un nouvel examen du nouveau-né soit réalisé en présentiel entre le 6^{ème} jour et le 10^{ème} jour postnatal, de préférence par un pédiatre ou par un médecin généraliste.

L'examen du nouveau-né prévu au cours de la deuxième semaine (surveillance médicale rapprochée du nourrisson) est laissé, en période d'épidémie de COVID-19, à l'appréciation du pédiatre ou du médecin généraliste qui a examiné l'enfant entre le 6^{ème} et le 10^{ème} jour postnatal.

Paramètres de surveillance de la mère

- Risque hémorragique, infectieux, thromboembolique, urinaire, digestif, cicatrisation, douleur.
- Signes de mal-être physique et psychique (quantité et qualité du sommeil, état de fatigue, humeur) ; de dépression du post-partum (qui peuvent survenir dans les 2 semaines suivant la naissance ou plus tardivement), en particulier chez les femmes présentant depuis la grossesse des signes dépressifs et/ou exprimant une inquiétude excessive sur leur capacité maternelle (HAS, 2011) ; situation de violence domestique dans le contexte de confinement (HAS, 2019). Un soutien psychologique peut s'avérer nécessaire.
- Difficultés d'allaitement maternel, réponse adaptée aux pleurs du nouveau-né.
- Risque de maltraitance à enfant, en particulier syndrome du bébé secoué : la qualité du soutien des proches est essentielle ainsi que le recours à un soutien psychologique (HAS, 2017).
- **Dans un contexte de confinement et d'isolement familial, il est essentiel de renforcer le suivi postnatal par téléconsultations**, tout particulièrement dans le cadre du suivi de l'allaitement maternel (SPF, 2018) <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/brochure/le-guide-de-l-allaitement-maternel>, du dépistage de la dépression postnatale, et de l'accompagnement de la mère ou du couple dans leurs pratiques parentales (surtout pour les femmes primipares) : deux séances postnatales peuvent être réalisées en téléconsultation par une sage-femme entre le 8^{ème} jour suivant l'accouchement et la visite postnatale.
- La visite postnatale est maintenue en présentiel 6 semaines après l'accouchement : examen gynécologique, mode de contraception souhaité, vaccinations, frottis de dépistage, rééducation du périnée, vécu de l'accouchement et des suites de couche, évaluation de signes de mal-être ou de dépression, relation avec l'enfant et au sein du couple.
- Les séances de rééducations du périnée débutées habituellement 6 semaines après l'accouchement peuvent être organisées à distance.

Paramètres de surveillance de l'enfant

- **Risque d'ictère** : se reporter au focus.
- **Risque de cardiopathie** : en cas de doute à l'auscultation cardiaque, ou de non-perception des pouls fémoraux ou autres signes de défaillance cardiaque, une ligne téléphonique dédiée doit être mise en place afin de joindre le pédiatre de la maternité, avec lien vers le service de cardiologie pédiatrique.
- **Risque de déshydratation/dénutrition** : poids, surveillance de la mise en place d'une l'alimentation efficace (allaitement maternel bien instauré ou allaitement artificiel) : urines à chaque change, selles spontanées et régulières (3 à 4 selles/jour).
- **Risque infectieux (COVID-19 et autres)** : température (hypo ou hyperthermie), fréquence respiratoire, troubles hémodynamiques (allongement du temps de recoloration), diarrhée.

Renforcer la surveillance en cas de sorties très précoces, avant H 48

- Cette sortie ne peut être possible que si les ressources et l'organisation locales le permettent, notamment l'organisation des tests de dépistage néonataux en respectant les périodes de réalisation dans les temps impartis. Le dépistage des maladies métaboliques doit être réalisé entre 48 heures et 72 heures de vie avec une transmission des buvards dans les 24 heures pour en garantir sa fiabilité (HAS, 2020).
- Une communication et une organisation ville/hôpital est indispensable pour une bonne prise en charge du couple mère-enfant.
- Envisager un examen précoce en maternité du nouveau-né par le pédiatre avant sa sortie selon les mêmes modalités que lors de la sortie à 48 heures, ainsi qu'un suivi rapide et précoce par la sage-femme à domicile. La surveillance par bilirubinomètre devra être faite à H 24 selon l'organisation locale (PMI ouvertes, organisation selon maternité).

Points de vigilance sur les tests de dépistage néonataux

Les résultats des tests de dépistage néonataux doivent être systématiquement notés dans le carnet de santé de l'enfant.

Dépistage néonatal systématique (DNN) des maladies métaboliques : Face aux dispositions de confinement prise par la poste impactant l'acheminement des tests sur « papier buvard » vers les centres de référence de dépistage néonataux, une sortie de maternité à H 48 permettra de garantir la réalisation des dépistages néonataux dans de bonnes conditions.

Dépistage auditif : Si le dépistage auditif n'a pas pu être réalisé en maternité (au plus tôt après H 24) ou en cas de contrôle nécessaire, programmer ce dépistage ou obtenir une confirmation diagnostique une fois le contexte épidémique passé.

Dépistage des cardiopathies congénitales critiques : mesure avant sortie de la maternité de la saturation au membre supérieur droit et au membre inférieur entre H 6 et H 24 : définition de la conduite à tenir en lien avec le cardio-pédiatre référent de la maternité.

Dépistage de la luxation congénitale des hanches : examen clinique répété lors de chaque examen systématique du nouveau-né et du nourrisson. En cas d'examen clinique anormal (limitation d'abduction, instabilité) une échographie doit être réalisée et un traitement doit être mis en place après un avis orthopédique. Si présence de facteurs de risque, l'échographie de hanche doit être réalisée avant l'âge de 3 mois.

Focus sur les modalités d'organisation de la sortie relatives à l'ictère et à la prévention des hyperbilirubinémies sévères (HAS, 2014)

L'évaluation du risque d'ictère doit être intégrée au raisonnement précédant une décision de sortie de maternité.

Pour chaque enfant, la réalisation d'un profil évolutif de l'ictère calqué sur le nomogramme (AAP 2004), associée à la reconnaissance des facteurs de risque d'hyperbilirubinémie sévère, permet d'assurer une sortie dans des conditions de sécurité optimales et permet ainsi de réduire les risques de réhospitalisation pour hyperbilirubinémie.

Les modalités de suivi de l'ictère doivent :

- être opérationnelles dans les 24 heures après une sortie précoce de la maternité ;
- permettre une quantification de l'ictère (dosage de la BS ou de la BTC) ;
- permettre une évaluation clinique de l'enfant (pesée) et de l'allaitement (observation d'une tétée) ;
- identifier un circuit de retour éventuel (si nécessaire) vers un établissement de soins.

Les parents doivent être informés avant la sortie, des signes d'alerte et du circuit pour consulter en urgence (Document d'information pour les parents de la SFN, 2015).

Il est recommandé d'inscrire les données concernant l'ictère dans le carnet de santé de l'enfant, ou de mentionner ces informations (facteurs de risque, profil évolutif, diagnostic et résultats des dosages) sur la fiche de liaison post partum immédiat destinée à/aux professionnel(s) qui assure(nt) le suivi (HAS 2014).

En pratique, si la sage-femme ne dispose pas de bilirubinomètre, **elle doit pouvoir organiser une mesure de la bilirubine à la maternité** ou en PMI si possible. Dans le cadre d'une sortie précoce durant la pandémie de COVID-19, il est important de surveiller les signes cliniques et d'organiser une surveillance hôpital-ville de la bilirubine si cela est nécessaire.

En cas d'ictère, une photothérapie doit être organisée dans un circuit sécurisé au sein de la maternité où la femme a accouché.

Un renfort est nécessaire pour l'offre de soins en ville

La mise en œuvre de ces réponses rapides suppose un renfort indispensable de l'offre de soins en ville, actuellement dégradée dans le contexte de l'épidémie COVID-19 (fermeture de certaines antennes de PMI, faibles moyens matériels de protection des sages-femmes libérales, suivi PRADO dégradé). Les PMI ont un rôle important à jouer dans la continuité des soins et doivent participer aux suivis des femmes et de leurs enfants (médecin, puéricultrice intervenant à domicile) en restreignant leurs activités, tout en respectant les mesures barrières.

L'organisation du suivi postnatal est à moduler en fonction des particularités géographiques de l'épidémie et de l'accès aux ressources locales, avec un rôle majeur des réseaux de santé en périnatalité.

Dans le contexte du COVID-19, **le travail en équipe, la communication et le partage d'informations doivent être renforcés entre l'hôpital et la ville** pour gagner en efficacité et en sécurité. Les modalités sont définies en commun par les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des femmes (sage-femme, gynécologue-obstétricien, pédiatre, médecin généraliste ...).

Étant donné le rôle accordé aux sages-femmes libérales dans le suivi des femmes et de leurs enfants après la naissance, il est indispensable de renforcer les moyens de protection qui leur sont alloués (mise à disposition de masques, surblouses, gants...).

Les établissements doivent établir une liste des sages-femmes libérales susceptibles d'assurer le suivi des femmes et de leurs enfants après la naissance pour renforcer le lien ville/hôpital. Le rôle des réseaux périnataux est essentiel dans le contexte épidémique.

L'ensemble de ces mesures vise à renforcer l'offre de soins en ville et à faciliter la prise en charge des patientes atteintes du COVID-19 par les équipes obstétricales en établissement de santé.

Cas du retour à domicile d'une femme atteinte de COVID-19 (sans signes de gravité) et de son nouveau-né

Le médecin généraliste, le cas échéant le pédiatre, et l'ensemble des professionnels de santé intervenant à domicile doivent être prévenus de l'infection de la mère.

Le nouveau-né sans comorbidité peut rester avec sa mère atteinte de COVID-19 et être allaité (sauf demande de la mère d'être séparée de son enfant).

La Société française de néonatalogie (SFN) et le groupe de pathologie infectieuse pédiatrique (GPIP) recommandent actuellement de ne pas séparer la mère et l'enfant et ne contre-indiquent pas l'allaitement (SFN, 2020) <http://www.co-naitre.net/wp-content/uploads/2020/03/RECO-SFN-SFP-COVID-19.pdf> (SFN, GREEN, 2020).

Paramètres de surveillance de la mère et de l'enfant

La surveillance d'une mère atteinte de COVID-19 et de son enfant est assurée par le médecin généraliste et si besoin le pédiatre pour le nouveau-né.

Parallèlement la sage-femme libérale peut assurer la surveillance postnatale de la mère et de l'enfant en lien avec l'équipe obstétricale référente.

Toute femme ou enfant présentant des signes de gravité de COVID-19 ou présentant des comorbidités aggravantes doivent être prise en charge en établissement de santé.

Surveillance de la mère atteinte de COVID-19 et précautions à prendre

- Surveillance active de sa température et de l'apparition de symptômes d'infection respiratoire (fièvre, toux, difficultés respiratoires, sensation d'étouffement ...).
- Rester strictement à domicile avec son enfant.
- Éviter les contacts trop rapprochés avec l'entourage intrafamilial.
- **Port du masque (type chirurgical).**
- **Hygiène des mains strictes** : se laver systématiquement les mains avant de s'occuper de l'enfant.
- Contact toutes les 24 heures par le médecin généraliste ou l'infirmier (-ière) pour le suivi de l'infection (tracer les résultats à récupérer et les appels) en privilégiant la téléconsultation ou le télésoin quand cela est possible.
- Surveillance postnatale de la mère et de l'enfant par la sage-femme dans les 24 heures après la sortie en lien avec l'équipe obstétricale référente, et si besoin l'équipe pédiatrique.
- Sortie d'isolement après guérison comme en population générale (HCSP 16 mars 2020, à actualiser en fonction de l'évolution des connaissances).
- **Consultation avec un médecin 3 semaines après la sortie.**

Surveillance de l'enfant né de mère atteinte de COVID-19 et précautions à prendre

- Surveillance active de la température et de l'apparition de symptômes d'infection respiratoire (fièvre, toux, difficultés respiratoires) d'une diarrhée, notamment.
- Rester strictement à domicile avec sa mère.
- **Port du masque contre-indiqué chez le nouveau-né !**

1^{ère} consultation dans les 24 heures suivant l'arrivée au domicile en présentiel réalisée par la sage-femme libérale, puis une consultation entre le 6^{ème} jour et le 10^{ème} jour postnatal, de préférence au cabinet du pédiatre ou du médecin généraliste, dans le cadre d'un circuit sécurisé (par exemple en fin de consultation chez un pédiatre ayant une consultation dédiée pour les nouveau-nés ou petits nourrissons). L'examen du nouveau-né prévu au cours de la deuxième semaine (surveillance médicale rapprochée du nourrisson) est laissé, en période d'épidémie de COVID-19, à l'appréciation du pédiatre ou du médecin généraliste qui a examiné l'enfant entre le 6^{ème} jour et le 10^{ème} jour postnatal.

- Toute symptomatologie du nouveau-né doit être signalée au professionnel de santé qui suit l'enfant et motivera une consultation, ainsi que la fréquence du suivi.
- En cas d'urgence : consulter aux urgences pédiatriques de l'hôpital de référence en ayant au préalable appelé le 15.
- Pas de données sur l'impact d'une infection précoce des femmes durant la grossesse sur le développement de l'enfant : surveillance étroite de l'enfant à chaque consultation (ACOG 2020) (Zaigham, 2020).

Mise en œuvre de l'isolement à domicile

Comme toute personne confirmée COVID-19, un isolement à domicile d'une durée de 14 jours après le début des premiers symptômes est recommandé avec des précautions spécifiques.

Les précautions applicables aux femmes atteintes de COVID-19 sont les mêmes que pour la population générale (isolement, gestes barrières, distance sociale) pour réduire le risque de transmission avec néanmoins des recommandations spécifiques (cf. Encadré).

- Les consignes de surveillance et les précautions d'hygiène à respecter doivent être remises et expliquées à la femme ou au couple avant la sortie de la maternité.

L'installation de la mère et de l'enfant à domicile après la sortie de la maternité

Au sein du logement, il est conseillé à la mère de s'installer avec l'enfant si possible dans une pièce spécifique, en évitant les contacts avec les autres occupants du domicile, d'aérer régulièrement. Une chambre d'hôtel devrait pouvoir être mise à disposition si la femme le souhaite (dispositif COVISAN en Ile de France, ou équivalent).

Placer le berceau à environ 2 mètres du lit ou fauteuil de la mère.

L'utilisation de la salle de bain et des toilettes nécessite pour l'ensemble des occupants de se laver les mains fréquemment, après les avoir utilisées, et de les nettoyer et de les désinfecter régulièrement avec de l'eau de javel ou des produits désinfectants.

Les surfaces fréquemment touchées (poignées de porte, téléphones mobiles, etc.) sont nettoyées quotidiennement et désinfectées.

Il est déconseillé de recevoir de visites sauf indispensables, comme les visites de la sage-femme, d'une infirmière, d'une puéricultrice de PMI ou d'une aide à domicile.

Allaitement

Les études montrent que le génome viral n'est pas révélé dans le lait maternel de mères infectées au COVID-19 (Rasmussen, 2020) (Chen, 2020)(Wang, 2020) (CDC, 2020). L'allaitement ne semble donc pas contre indiqué (Riccardo Davanzo, 2020) (WHO 2020).

Une mère confirmée atteinte du COVID-19, ou qui est suspecte ou symptomatique, doit prendre toutes les précautions possibles pour éviter de transmettre le virus à son enfant : lavage des mains avant de toucher le nourrisson, port d'un masque facial, et si possible, pendant l'allaitement.

Si la mère tire son lait avec un tire-lait manuel ou électrique, ou alimente son enfant au lait artificiel, elle doit se laver les mains avant de toucher les pièces du tire-lait ou du biberon et suivre les recommandations pour un nettoyage correct du tire-lait et du biberon après chaque utilisation.

Appliquer des mesures de protection pour tout examen et soins du nouveau-né

Pour tout examen ou soin au nouveau-né, au cours du 1^{er} mois de vie, il est recommandé de porter un masque et de se laver les mains préalablement (savon ou SHA) : le nouveau-né doit être revu pour l'examen du 1^{er} mois en présentiel. Les vaccins obligatoires doivent être réalisés à 2 mois de vie (possible à partir de 6 semaines) (HAS, 2020).

Ressources

Ces réponses rapides évolueront avec le développement des connaissances sur le COVID-19. Elles viennent compléter les sites, documents et guides développés par les sociétés savantes.

[Voir toutes les réponses rapides de la Haute Autorité de santé dans le cadre du COVID-19](#)

Pour les professionnels

- HAS.2014. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/recommandations_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf
- HAS. 2014. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1290110/fr/sortie-de-maternite-apres-accouchement-conditions-et-organisation-du-retour-a-domicile-des-meres-et-de-leurs-nouveau-nes
- HAS. 2014. Fiche de liaison. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-02/fiche_de_liaison_maternite_suivi_en_post-partum_immediat.pdf
- HAS. 2011. Situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'ante et du postpartum https://www.has-sante.fr/jcms/c_1066375/fr/situations-pathologiques-pouvant-relever-de-l-hospitalisation-a-domicile-au-cours-de-l-ante-et-du-post-partum
- HAS.2013. Luxation congénitale de la hanche : dépistage https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-11/luxation_hanche_v2_mel.pdf
- HAS. 2019. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple

- HAS. 2017. Syndrome du bébé secoué ou traumatisme crânien non accidentel par secouement. Actualisation des recommandations de la commission d'audition de 2011 https://www.has-sante.fr/jcms/c_2794425/fr/syndrome-du-bebe-secoue-ou-traumatisme-cranien-non-accidentel-par-secouement
- HAS. 2020. Dépistage néonatal : quelles maladies dépister ? https://www.has-sante.fr/jcms/p_3149627/fr/depistage-neonatal-queelles-maladies-depister
- HAS. 2020. Maintenir la vaccination des nourrissons https://www.has-sante.fr/jcms/p_3169416/fr/maintenir-la-vaccination-des-nourrissons
- HAS. 2020. Téléconsultation et télésoin dans le cadre du COVID-19. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3178509/fr/teleconsultation-et-telesoin-dans-le-cadre-du-covid-19

Lien vers les sites des CNP, sociétés savantes et organisations professionnelles

- CNSF <https://www.cnsf.asso.fr/>
- ANSFL <https://ansfl.org/>
- ONSSF <https://www.onssf.org/>
- CNGOF <http://www.cngof.fr/>
- CMG <https://lecmg.fr/>
- Société Française de Pédiatrie <https://www.sfpediatricie.com/>
- Société Française de Néonatalogie <https://www.societe-francaise-neonatalogie.fr/>
- AFPA Pédiatrie <https://afpa.org/>
- Fédération Française des Réseaux de Santé Périnatale <https://ffrsp.fr/>

Documents du Ministère chargé de la Santé, du HCSP, des CNP, sociétés savantes

- HCSP. Avis relatif à la prise en charge à domicile ou en structure de soins des cas de Covid-19 suspectés ou confirmés (complémentaire aux avis des 5 et 23 mars 2020) <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/PointSur?clef=2>
- HCSP Avis relatif aux critères cliniques de sortie d'isolement des patients ayant été infectés par le SARS-CoV-2 16 mars 2020 relatif aux critères cliniques de sortie d'isolement des patients ayant été infectés par le SARS-CoV-2 16 mars 2020) <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=781>
- Fiche COVID sur l'organisation des activités des sages-femmes libérales, par CNSF, ANSFL et ONSSF. 25 mars 2020 <https://ansfl.org/document/fiche-covid-19-organisation-des-activites-pour-les-sages-femmes-liberales/>
- Pandémie COVID-19 : recommandations en pédiatrie de ville (AFPA) <https://afpa.org/2020/03/16/pandemie-covid-19-consequences-nos-cabinets/>
- Propositions de la Société française de néonatalogie et de la Société française de pédiatrie concernant les nouveau-nés dans le contexte d'épidémie à COVID-19, avec le concours du Groupe de Pathologies Infectieuses Pédiatriques (GPIP). Validées par la DGS. Version du 10/03/2020 actualisée le 16/03/2020 <http://www.co-naitre.net/wp-content/uploads/2020/03/RECO-SFN-SFP-COVID-19.pdf>

Pour les usagers/patients

- Le carnet santé maternité de l'assurance maladie 2019 https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/534905/document/guide_ma_maternite_-_2019_-_cnam.pdf
- Allaitement : santé publique France 2018 <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/brochure/le-guide-de-l-allaitement-maternel>
- IHAB <https://amis-des-bebes.fr/>
- Société Française de Néonatalogie. 2015. Jaunisse ou ictère du nouveau-né. La photothérapie. Document d'information pour les parents http://www.cnrhp.fr/docs/PLAQ_PARENTS_2015.pdf
- AMFE. L'Alerte Jaune, campagne nationale d'informations pour le dépistage des cholestases néonatales. 2014 <http://www.alertejaune.com/>
- Site mpedia d'aide à la parentalité de l'AFPA : www.mpedia.fr
- Écoute téléphonique bénévole et gratuite, mise en place par le Collectif Inter Associatif autour de la Naissance (CIANE) depuis son site (<https://ciane.net/2020/03/mise-en-place-dune-ecoute-telephonique-benevole-et-gratuite/>).

Références

1. 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 2020. <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0040-1710050>
2. American Academy of Pediatrics. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. Pediatrics 2004;114(1):297-316.
3. American Academy of Pediatrics, Puopolo KM, Hudak ML, Kimberlin DW, Cummings J. Management of infants born to mothers with COVID-19 : AAP; 2020. <https://downloads.aap.org/AAP/PDF/COVID%2019%20Initial%20Newborn%20Guidance.pdf>
4. Centers for Disease Control and Prevention. Information for pediatric healthcare providers Washington: CDC; 2020. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/pediatric-hcp.html>
5. Centers for Disease Control and Prevention. Pregnancy and breastfeeding. Information about Coronavirus Disease 2019 [consulté de 28 mars 2020] [En ligne] 2020. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/pregnancy-breastfeeding.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fprepare%2Fpregnancy-breastfeeding.html
6. Chen H, Guo J, Wang C, Luo F, Yu X, Zhang W, et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. Lancet 2020;395(10226):809-15.
7. Collège national des obstétriciens et gynécologues français, Peyronnet V, Sibiude J, Deruelle P, Huissoud C, Lescure X, et al. Infection par le SARS-CoV-2 chez les femmes enceintes. État des connaissances et proposition de prise en charge. Gynecol Obstet Fertil Senol 2020.
8. Davanzo R, Moro G, Sandri F, Agosti M, Moretti C, Mosca F. Breastfeeding and coronavirus disease-2019. Ad interim indications of the Italian society of neonatology endorsed by the union of European neonatal & perinatal societies. Matern Child Nutr 2020:e13010.
9. Dong L, Tian J, He S, Zhu C, Wang J, Liu C, et al. Possible Vertical Transmission of SARS-CoV-2 From an Infected Mother to Her Newborn. JAMA 2020. <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/linkout/10.1055/s-0040-1710050/id/OR200217-14>
10. Gudbjartsson DF, Helgason A, Jonsson H, Magnusson OT, Melsted P, Norddahl GL, et al. Spread of SARS-CoV-2 in the Icelandic population. N Engl J Med 2020.
11. Haut Conseil de Santé Publique. Avis du 31 mars 2020 relatif à la prévention et à la prise en charge des patients à risque de formes graves de COVID-19 ainsi qu'à la priorisation des tests diagnostiques. . Paris: HCSP; 2020. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=790>
12. Haute Autorité de Santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple
13. Haute Autorité de Santé. Situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'ante et du post-partum. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011.

https://www.has-sante.fr/jcms/c_1066375/fr/situations-pathologiques-pouvant-relever-de-l-hospitalisation-a-domicile-au-cours-de-l-ante-et-du-post-partum

14. Haute Autorité de Santé. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés La Plaine Saint-Denis: HAS; 2014.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/recommandations_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf
15. Haute Autorité de Santé. Sortie de maternité. Préparez votre retour à la maison. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-02/document_dinformation.pdf
16. Haute Autorité de Santé. Syndrome du bébé secoué ou traumatisme crânien non accidentel par secouement. Actualisation des recommandations de la commission d'audition de 2011. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2794425/fr/syndrome-du-bebe-secoue-ou-traumatisme-cranien-non-accidentel-par-secouement
17. Rasmussen SA, Smulian JC, Lednicky JA, Wen TS, Jamieson DJ. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and Pregnancy: What obstetricians need to know. Am J Obstet Gynecol 2020.
18. Santé publique France. Le guide de l'allaitement maternel. Saint-Maurice: SPF; 2018.
<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/brochure/le-guide-de-l-allaitement-maternel>
19. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, Elwood C, Boucoiran I, VanSchalkwyk J, Money D, Yudin M, et al. Opinion de comité de la SOGC – COVID-19 pendant la grossesse : SOGC; 2020. <https://www.sogc.org/fr/content/featured-news/D%C3%A9claration-de-la-SOGC%E2%80%9393COVID-19.aspx>
20. Société française de Néonatalogie, Groupe de réflexion et d'évaluation de l'environnement des nouveau-nés (GREEN), Kuhn P, Sizun J, Tschering C. Accès et rôle des parents en néonatalogie en période d'épidémie COVID-19 Propositions du GREEN de la SFN Paris: SFN; 2020.
https://f4ed7074-25ed-461c-8cf3-ddd4393f43e2.filesusr.com/ugd/d8ff38_2707b0460ec44753b5a4d451f3200dbf.pdf
21. Société française de Néonatalogie, Société française de Pédiatrie. Propositions de la société française de néonatalogie et de la société française de pédiatrie concernant les nouveau-nés dans le contexte d'épidémie à covid-19. Paris: SFN; SFP; 2020.
<http://www.co-naitre.net/wp-content/uploads/2020/03/RECO-SFN-SFP-COVID-19.pdf>
22. Sutton D, Fuchs K, D'Alton M, Goffman D. Universal screening for sars-cov-2 in women admitted for delivery. N Engl J Med 2020. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM2009316>
23. Syndicat français de néonatalogie. Jaunisse ou ictère du nouveau-né. La photothérapie. Informations des patients. ; 2015.
http://www.cnrhp.fr/docs/PLAQ_PARENTS_2015.pdf
24. Wang S, Guo L, Chen L, Liu W, Cao Y, Zhang J, et al. A case report of neonatal COVID-19 infection in China. Clin Infect Dis 2020.
25. World Health Organization Régional Office for Europe. COVID-19 and breastfeeding. Position paper. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/437788/breastfeeding-COVID-19.pdf?ua=1
26. Zaigham M, Andersson O. Maternal and perinatal outcomes with COVID-19: a systematic review of 108 pregnancies. Acta Obstet Gynecol Scand 2020. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/aogs.13867>
27. Zeng H, Xu C, Fan J, Tang Y, Deng Q, Zhang W, et al. Antibodies in Infants Born to Mothers With COVID-19 Pneumonia. JAMA 2020. <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/linkout/10.1055/s-0040-17110050/id/OR200217-15>

Méthode d'élaboration et avertissement

La méthode retenue pour cette réponse rapide est basée sur une synthèse narrative des données disponibles les plus pertinentes, les recommandations nationales et internationales, ainsi que sur une consultation des parties prenantes (par voie électronique).

Ce document a été élaboré collégalement entre la Haute Autorité de santé et des experts désignés par le CNGOF, CNSF, CMG, SFN, SFP, FFRSP, AFPA, et a été relu par le CIANE.

Validation par le collège de la HAS en date du 24 avril 2020.

Liste des participants

Haute Autorité de santé : Mme Karine Petitprez, chef de projet, SBPP ; Mme Anne-Françoise Pauchet-Traversat, SA3P ; Mme Alcyone Droy, SEVOQSS.

Conseils nationaux professionnels et Sociétés savantes : Philippe Deruelle, gynécologue obstétricien (Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français) ; Olivier Picone, gynécologue obstétricien (Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français) ; Sophie Guillaume (Collège National des Sages-Femmes de France) ; Jean-Christophe Rozé (Conseil National des Professionnels de Pédiatrie) ; Blandin Mulin (Fédération Française des Réseaux de Santé Périnatale) ; Fabienne Kochert (Association Française de Pédiatrie Ambulatoire) ; Isabelle De Beco (Collège de Médecine Générale) ; Sophie Mahut (Collège de Médecine Générale) ; Adrien Gantois (Collège National des Sages-Femmes de France) ; Chloé Barasinski (Collège National des Sages-Femmes de France).

Association d'usagers : Collectif Interassociatif Autour de la Naissance : Madeleine Akrich ; France Artzner ; Anne Evrard.

Ces réponses rapides élaborées sur la base des connaissances disponibles à la date de leur publication sont susceptibles d'évoluer en fonction de nouvelles données.

Ces réponses rapides sont fondées sur ce qui apparaît souhaitable ou nécessaire au moment où elles sont formulées. Elles ne prennent pas en compte les capacités d'approvisionnement en équipements de protection individuelle.