

GUIDE

Réponses rapides dans le cadre du COVID-19

Continuité du suivi des femmes enceintes lors de la levée du confinement

Validée par le Collège le 1er avril 2020

Mis à jour le 23 juin 2020

L'essentiel

- **Réponse rapide n°1** : Les femmes enceintes au 3^e trimestre de grossesse sont considérées comme personnes à risque présumé de développer une forme sévère de COVID-19. Les mesures barrières doivent être respectées et renforcées. La prise en charge d'une femme enceinte atteinte de COVID-19 est plus complexe notamment en raison de l'impact de la grossesse sur les système respiratoire et cardio-vasculaire de la femme enceinte et en raison du risque de prématurité.
- **Réponse rapide n°2** : Adapter les modalités de levée de confinement pour toutes les femmes enceintes à l'aide d'une démarche de décision partagée entre la femme et/ou le couple et le professionnel ou l'équipe de soin qui suit la grossesse. Cette démarche se fonde sur des informations échangées entre eux et sur l'appréciation de la place respective des facteurs épidémiologiques, médicaux, les conditions de vie et de travail, la vulnérabilité, les préférences de la femme.
- **Réponse rapide n°3** : Continuer à articuler le suivi des grossesses autour des 3 échographies obstétricales.
- **Réponse rapide n°4** : Réaliser le suivi des femmes à bas risque obstétrical au maximum en ville.
- **Réponse rapide n°5** : Moduler l'organisation du suivi des femmes enceintes en fonction des particularités géographiques et de l'évolution locale de l'épidémie, de l'accès aux ressources locales et des demandes de la mère ou du couple.
- **Réponse rapide n°6** : Être attentif à la sécurité psychologique et émotionnelle de la femme doit être une préoccupation des professionnels de santé lors de toute consultation de suivi, de l'entretien prénatal précoce et de toutes les séances de préparation à la naissance.
- **Réponse rapide n°7** : Proposer un soutien psychologique, préférentiellement à distance, si le besoin est identifié par le professionnel de santé ou s'il est souhaité par la femme.
- **Réponse rapide n°8** : Proposer le suivi en téléconsultation ou en présentiel en fonction du risque obstétrical et de l'évolution de la situation clinique, mais aussi du contexte social et psychologique de la femme et d'un éventuel risque de violence intra-familiale.

- **Réponse rapide n°9** : Adapter le suivi des grossesses à risque, tout en renforçant la surveillance des comorbidités associées et prévalent des formes graves de COVID-19.
- **Réponse rapide n°10** : Renforcer le suivi des grossesses suspectées ou diagnostiquées COVID-19, en privilégiant la téléconsultation.
- **Réponse rapide n°11** : Maintenir les séances de préparation à la naissance grâce à la téléconsultation ou en les couplant à certaines consultations en leur consacrant un temps dédié, et accompagner les femmes pour préparer la naissance et la sortie précoce de maternité.
- **Réponse rapide n°12** : Proposer le dépistage par RT-PCR au minimum en amont des interventions programmées (césarienne, déclenchement), et au mieux avant toute hospitalisation programmée.
- **Réponse rapide n°13** : Favoriser l'équipement de protection individuelle (EPI) pour les professionnels libéraux en nombre suffisant (masques FFP2 et chirurgicaux, visière/lunette, surblouses et surchaussures, etc.).

Sommaire

Contexte	4
Suivi des femmes enceintes durant la pandémie	5
Adaptation des consultations et des échographies de suivi des femmes enceintes en fonction de l'évolution locale de l'épidémie	5
Préparation à la naissance et à la parentalité	10
Admission pour l'accouchement	10
Adaptation du travail en équipe durant la période d'épidémie	12
Nécessité d'une reprise de l'offre de soins en ville	12
Cas des femmes enceintes suspectées et/ou confirmées atteintes de COVID-19	13
Femme enceinte présentant des signes évocateurs de COVID-19 : fièvre, toux, signes respiratoires (dyspnée) ou signes de pneumonie	13
Prise en charge aux urgences obstétricales	13
Ressources	16
Références bibliographiques	19
Méthode d'élaboration et avertissement	20

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 Direction générale de la Santé (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. Une nouvelle mise à jour de ces recommandations s'est avérée nécessaire dans un contexte de levée progressive et graduelle du confinement selon les territoires.

Compte tenu des données disponibles très limitées, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) considère les femmes enceintes, au troisième trimestre, comme personnes à risque présumé de développer une forme grave de COVID-19 (Avis HCSP du 20 Avril 2020)

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=790> .

Dans le cadre de la levée progressive du confinement, le rôle et la charge de travail des professionnels de santé amènent à réinterroger les organisations pour le suivi des femmes enceintes en termes de prévention et de prise en charge. Le virus circule toujours activement sur tout le territoire et de manière hétérogène. Les zones décrites par le gouvernement évolueront au fil des semaines avec un risque de rebond épidémique potentiel qui pourrait nécessiter un réajustement de l'offre de soins dédiée à la prise en charge du COVID-19, ainsi que des mesures de réversibilité à mettre en place le cas échéant afin d'y répondre avec réactivité (Lignes directrices relatives à l'organisation générale de l'offre de soins après déconfinement, mai 2020).

Ces réponses rapides portent sur le suivi des femmes enceintes pendant la période de levée progressive de confinement et sur la gestion des cas de femmes enceintes suspectées et/ou confirmées atteintes de COVID-19.

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.

Suivi des femmes enceintes durant la pandémie

Dans l'objectif de réduire le risque sanitaire pour les femmes enceintes et de limiter leurs déplacements, et ce même en période de levée progressive de confinement, ainsi que la charge de travail des professionnels de santé tout en sécurisant le suivi de grossesse, il apparaît consensuellement nécessaire de maintenir les mesures suivantes (à adapter individuellement en fonction de la situation clinique, psychologique et sociale de chaque femme).

Adaptation des consultations et des échographies de suivi des femmes enceintes en fonction de l'évolution locale de l'épidémie

La nécessité de la poursuite des règles de distanciation physique, y compris en milieu hospitalier, impose des organisations adaptées, et notamment un flux réduit de personnes dans les consultations. La place de la téléconsultation reste donc importante dans ce contexte et est à encourager.

Une consultation initiale, (1^{er} ou 2^e mois) avec une sage-femme, un gynécologue-obstétricien, un gynécologue médical ou bien le médecin généraliste

- Cette consultation de prévention est l'occasion d'être à l'écoute de la femme ou du couple et de répondre à leurs inquiétudes et questions, de délivrer des conseils ainsi que de prescrire un bilan biologique complet.
- Cette consultation aborde aussi les conditions au travail et notamment la prévention des risques professionnels selon l'activité exercée (infectieux, toxiques, physiques, etc.). Le professionnel de santé en lien avec le médecin du travail met en place un suivi particulier de la femme enceinte ainsi que les possibilités d'aménagements ou de changement de poste. La téléconsultation est possible, le professionnel en évalue sa pertinence, en fonction de la situation clinique et des besoins de la femme (se référer à la fiche Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 - « Téléconsultation et télésoin » de la HAS : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3168867/fr/reponses-rapides-dans-le-cadre-du-covid-19-teleconsultation-et-telesoin).
- Si la grossesse n'est pas désirée : se référer à la fiche Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 - « Interruption volontaire de grossesse » de la HAS : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3178808/fr/reponses-rapides-dans-le-cadre-du-covid-19-interruption-volontaire-de-grossesse-ivg-medicamenteuse-a-la-8eme-et-a-la-9eme-semaine-d-amenorrhée-sa-hors-milieu-hospitalier et les recommandations du ministère des solidarités et de la santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/ivg-et-covid-19>.

Toute consultation par un gynécologue-obstétricien, gynécologue médical, sage-femme, médecin généraliste doit comprendre un suivi médical, des conseils de prévention, une écoute, la réponse aux questions de la femme ou que se posent le couple, la délivrance d'informations.

Garder pour toutes les femmes l'articulation du suivi de grossesse autour des 3 consultations échographiques

L'échographie doit être couplée dans la mesure du possible à la consultation de suivi. Si cela n'est pas possible, l'échographie et la consultation seront réalisées en deux temps distincts, en présentiel, en limitant les déplacements de la patiente.

- **Au premier trimestre entre 11 et 14 SA**, associée au contenu de la deuxième consultation de grossesse au 3^e mois (bilan, examen clinique, dépistages, déclaration de grossesse, date présumée d'accouchement), cette consultation doit servir à établir le parcours de soin en fonction du niveau de risque et orienter vers un suivi soit hospitalier soit en ville.
- **Au deuxième trimestre entre 20 et 25 SA**, associée au contenu de la consultation du 5^e mois.
- **Au troisième trimestre entre 30 et 35 SA**, associée au contenu de la consultation du 7^e mois/8^e mois.

Dans le cas des grossesses multiples et des grossesses à risque : il est recommandé de garder tout au plus le suivi échographique mensuel ou bi-mensuel et d'adapter le suivi en fonction de la situation clinique et de l'évolution de l'épidémie.

La réalisation des échographies en ville a été impactée par l'épidémie de COVID-19.

Il apparaît donc essentiel que tous les acteurs, médecins (gynécologue-obstétricien, gynécologue médical, radiologue, médecin généraliste formé à l'échographie fœtale) et sages-femmes exerçant en libéral élargissent progressivement leurs créneaux de consultation pour ces explorations échographiques de dépistage et retrouvent le volume d'activité usuel précédant l'épidémie. The International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology (ISUOG) <https://www.isuog.org/uploads/assets/a66590dd-d7c1-4929-99b3cbd80eb94cd3/84178801-612d-4f04-8bc5634f861c3a0f/ISUOG-Consensus-Statement-on-rationalization-of-early-pregnancy-care-and-provision-of-ultrasonography-in-context-of-SARS-CoV-2.pdf> propose trois options pour la réalisation des échographies en dehors des examens de routine, en fonction de l'urgence de la situation clinique : « à faire sans délai » ; « à différer sans risque » ; « à repousser le temps du confinement ».

Maintenir la réalisation des consultations intermédiaires (4^e et 6^e mois)

- Pour les femmes à bas risque obstétrical : en téléconsultation (à défaut l'utilisation du téléphone peut suffire) (HAS, téléconsultation).
- Pour les femmes à haut risque obstétrical ou psycho-social : évaluer au préalable, par contact téléphonique, la pertinence de maintenir les consultations du 4^e et du 6^e mois en présentiel.
- Réserver les consultations présentiels aux femmes présentant les situations cliniques les plus complexes dans un contexte de flux réduit des consultations hospitalières.
- Accéder à la demande des femmes qui expriment le besoin d'avoir une consultation en présentiel en raison d'une anxiété importante ou de troubles psychologiques préexistants avant la grossesse.

Organiser les consultations du 3^e trimestre

Regrouper les consultations du 7^e (associée à l'échographie) et du 8^e mois (par une programmation à la fin du 7^e mois/début 8^e mois) ou maintenir les 2 consultations en fonction de l'évaluation du risque obstétrical. Elles sont à réaliser en présentiel, en ville ou à l'hôpital.

- Maintenir la consultation du 9^e mois en présentiel.
- Réaliser la consultation d'anesthésie par téléphone avec l'envoi préalable d'un questionnaire par mail [Feuille de recueil Anesthésie Obstétricale et COVID 19.docx](#)

L'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2020) <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/files/pdfs/education/covid-19-obstetric-preparedness-manual.pdf> recommande de réduire le nombre de consultations au minimum nécessaire (sans préciser) et d'adapter

individuellement le suivi des femmes enceintes en s'appuyant sur la communauté locale de soins (médecins généralistes, sages-femmes).

Le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG _17/04/2020_ Guidance for antenatal and postnatal services in the evolving coronavirus (COVID-19) pandemic) recommande également de favoriser la téléconsultation pour augmenter la distanciation physique et d'organiser les consultations en présentiel en fonction des dépistages de la grossesse afin de surveiller les risques au cours de la grossesse. Une revue de la littérature (Dotters-Katz et Hughes, 17/04/2020) préconise de même un suivi minimal des femmes enceintes à bas risque obstétrical en période épidémique, avec un espacement des visites et une téléconsultation pour les visites du 6^e et du 7^e/8^e mois. Des téléconsultations supplémentaires sont également préconisées pour les femmes présentant certains risques (hypertension artérielle, diabète, dépression).

Vaccination de la femme enceinte

Dans son avis du 30 avril 2020 relatif à la vaccination contre la grippe (HAS, avis du 30/04), la HAS souligne l'importance de la vaccination contre la grippe saisonnière pour les populations à risque de complications dans le contexte de l'épidémie de COVID-19. En effet, en situation de co-circulation du SARS-COV-2 et de virus grippaux, une couverture vaccinale élevée contre la grippe pourrait avoir un impact positif en réduisant le nombre de recours au système de soins. Ainsi, dans la campagne de vaccination antigrippale annuelle, la vaccination apparaît essentielle dans le contexte épidémique de COVID-19 au moment de la saison grippale et quel que soit le lieu (calendrier vaccinal 2020 <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal>).

Le suivi des femmes à bas risque obstétrical doit au maximum être réalisé en ville

En fonction de l'accès aux ressources locales et tout au long du suivi de la grossesse, la femme peut se rendre chez un professionnel de santé, au laboratoire d'analyses, au cabinet de radiologie pour les actes nécessaires au suivi, en les contactant au préalable et venir sur rendez-vous.

Pour les visites au cabinet des sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, gynécologues médicaux, médecins généralistes, il est important de promouvoir les mesures barrières : port de masque, hygiène des mains et notamment distanciation physique, pour prévenir un rebond de transmission du SARS-CoV-2 lors de la phase de levée progressive du confinement, et adapter en conséquence la prise en charge présentielle jugée nécessaire (recueil d'information préalable sur d'éventuels symptômes, salles d'attentes adaptées, rendez-vous espacés, etc.) (Avis HCSP du 31 mars, complété par l'avis du 8 avril 2020) (SF2H) (CNSF, 6/05/2020) (CNOSF, 6/05/2020).

Encadré 1. Point d'attention sur le port du masque

Ces préconisations sont adaptées à la femme enceinte à partir des réponses rapides « accompagner les patients ayant une maladie chronique et/ou à risque de forme grave de Covid-19 dans la levée du confinement ».

Point d'attention sur le port du masque par **les professionnels de santé** :

- Il est recommandé que le professionnel porte un masque FFP2 pour la prise en charge des patients COVID-19 avérés ou suspects de COVID-19 lors de soins générateurs d'aérosols, et lorsque les soignants réalisent le bionettoyage et l'aération de la salle suite à ce type de soins.
- Dans les autres situations, il est recommandé que le professionnel porte un masque chirurgical.

Pour les femmes enceintes, les recommandations dépendent du risque ou non de forme grave de COVID-19.

Selon la liste du HCSP (avis du 20 avril 2020), les femmes enceintes au 3^e trimestre de grossesse sont considérées à risque présumé de forme grave de COVID-19. Les femmes au 1^{er} et 2^e trimestre de grossesse sont également considérées à risque de développer une forme grave de Covid-19 si elles présentent les comorbidités citées dans cet avis du HCSP.

→ **En dehors des soins, il est recommandé :**

Le port d'un masque lorsque les femmes se déplacent, dans des espaces clos, notamment mal aérés ou insuffisamment ventilés (exemples : magasins, grandes surfaces, transports en commun, lieux de travail, etc.) ou lorsque la distance physique d'au moins 1 mètre ne peut être garantie ou s'il y a un doute sur la possibilité de l'organiser et la respecter :

- Pour les femmes enceintes sans risque de forme grave de COVID-19, sans COVID-19 et hors contact : masque grand public (norme AFNOR).
- Pour les femmes enceintes avec un risque de forme grave de COVID-19 masque chirurgical. Si la femme reçoit des visiteurs : port d'un masque chirurgical par elle-même et également par le visiteur.

→ **En cas de soins à domicile ou sur un lieu de soins :**

- Pour les femmes enceintes sans risque de forme grave de COVID-19 :
 - En maternité : port d'un masque chirurgical ;
 - Dans les autres lieux de soins (cabinet libéral), et en cas de soins à domicile : port d'un masque grand public (norme AFNOR).
- Pour les femmes enceintes avec un risque de forme grave de COVID-19 : port d'un masque chirurgical.

L'avis conjoint du Royal College of Obstetricians and Gynaecologists et du Royal College of Midwives (RCOG, RCM _17/04/2020) préconise aux femmes enceintes de venir seule aux consultations de grossesse ou d'être accompagnée au maximum d'une seule personne (hors enfant).

Selon les experts français, il est conseillé aux femmes de venir seule en consultation. Cependant, la présence de l'accompagnant est possible lors des consultations indispensables (annonces, décisions à prendre). Lors des échographies, sa place peut être envisageable en fonction de l'organisation des structures (cabinet libéral et hôpital). L'accompagnant devra respecter strictement les règles d'hygiène dictées par les structures (masque, lavage des mains, distanciation physique, organisation des plages horaires des RDV et organisation des salles d'attente) (CNGOF 27/04/2020) (CNSF 6/05/2020).

Accompagner la femme enceinte dans la décision partagée pour adapter les modalités de levée du confinement et les conditions de vie et de travail

La démarche de prise de décision entre le professionnel (ou l'équipe) qui suit la grossesse, ainsi que le médecin du travail le cas échéant et la femme (ou le couple), se fonde sur des informations échangées entre eux et sur l'appréciation de la place respective de chacun de ces éléments dans les modalités de levée du confinement.

Les éléments à prendre en compte sont les suivants :

- Les facteurs épidémiologiques : donner une information médicale claire et précise sur la prévalence du COVID-19 au niveau local.
- Les facteurs médicaux : expliquer le risque lié au fait d'appartenir à un groupe à risque notamment au 3^e trimestre de la grossesse et/ou si la femme présente une ou des comorbidité(s) à

risque de forme grave de COVID-19 (dont obésité, diabète non équilibré ou avec des complications, maladies cardiovasculaires ou pulmonaires) (avis HCSP du 20/04/2020).

- Les facteurs en lien avec les conditions de vie et la reprise des activités (professionnelles, associatives, etc.).
 - Identifier dès le 1^{er} ou 2^e trimestre de la grossesse, les situations à risque (trajet pour le travail, nature des activités réalisées, télétravail possible, poste aménageable, anxiété, etc.) en lien avec la médecine du travail afin de limiter les risques de contamination et les risques impactant les grossesses. Étudier au cas par cas la balance bénéfices/risques du confinement et du maintien ou retour au travail (se référer au service de médecine de santé au travail de la femme enceinte salariée).
 - Concernant le 3^e trimestre de grossesse, il est conseillé aux femmes enceintes l'éviction du travail ainsi que les mesures barrières et la distanciation physique. La décision de levée de confinement pour ces femmes fait partie de la décision médicale partagée (se référer au service de médecine de santé au travail de la patiente et/ou se référer aux fiches HAS ainsi qu'aux sources suivantes : avis SFMT 10/03/2020, 23/03/2020 et 10/05/2020 ; décret du 5/05/2020 ; ameli.fr, Covid-19 : modification du dispositif d'indemnisation des interruptions de travail des salariés, 27 avril 2020).
- Les facteurs de vulnérabilité sociale, psychologique et financière, les difficultés d'accès aux soins, la qualité de l'environnement familial et social.
- Discuter des moyens concrets que la femme enceinte ainsi que les personnes de son entourage sont susceptibles de mettre en œuvre pour réduire au mieux les risques repérés avec elle dans le contexte de levée du confinement.
- S'assurer de la bonne compréhension et de l'adhésion aux gestes barrières, aux mesures d'hygiène et de distanciation physique recommandées en population générale dans les transports, en milieu de travail, et encourager les femmes enceintes à les appliquer. Redire l'importance de poursuivre leur respect strict.
- Les préférences de la femme ou du couple : entendre leurs craintes dans le cadre de la levée du confinement. Chercher à connaître leurs possibilités et préférences en matière de suivi (distance/présentiel) en tenant compte de l'adaptation proposée pour le suivi de la grossesse. La levée du confinement peut placer certaines femmes enceintes face à des arbitrages complexes entre la préservation de leur santé et la gestion de différents impératifs d'ordre économique, professionnel et/ou familial.

Le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists a élaboré fin avril des recommandations concernant les femmes enceintes au travail en distinguant notamment la protection des travailleuses enceintes avant/après 28 SA. Selon ces recommandations, une évaluation des risques avec l'employeur et le médecin du travail doit être réalisée sur le lieu de travail. Avant 28 SA, les femmes enceintes pourraient continuer de travailler uniquement si l'évaluation des risques indique qu'elles peuvent le faire en toute sécurité. Après 28 SA, ou pour les femmes ayant des problèmes de santé sous-jacents quel que soit l'âge gestationnel, il est recommandé aux femmes de rester à la maison.

Le suivi des femmes en situation précaire ou de vulnérabilité psychologique ou sociale

Le suivi en présentiel est préférable pour tout ou partie des consultations en fonction des demandes de la femme et de l'appréciation du professionnel ou de l'équipe qui suit la femme, y compris les travailleurs sociaux.

Il est souhaitable qu'un référent pour la grossesse les accompagne afin d'identifier un besoin de suivi complémentaire ou une orientation vers des ressources adaptées, et favoriser le lien avec les

professionnels de la psycho-périnatalité ; la publication d'un répertoire des réseaux de psychiatrie est souhaitable dans chaque région (AFPA, 2020).

Le suivi des femmes présentant un risque obstétrical est à adapter à l'évolution de la grossesse

Selon que le risque est infirmé ou confirmé, que le pronostic est favorable ou pas, ce suivi peut être réalisé par une sage-femme en fonction du niveau de risque (HAS, 2016) https://www.has-sante.fr/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees

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/jcms/c_1066375/fr/situations-pathologiques-pouvant-relever-de-l-hospitalisation-a-domicile-au-cours-de-l-ante-et-du-post-partum

Le suivi par la sage-femme est à favoriser dans la mesure du possible à domicile, dans le respect des conditions d'hygiène rappelées par le CNOSF (6/05/2020), voire en cabinet libéral si son accès est facile pour la femme (disponibilité d'un véhicule personnel, éviter les transports en commun) dans le respect des mesures barrière (masque, distanciation physique, hygiène, recueil d'information préalable sur d'éventuels symptômes, salles d'attente adaptées, rendez-vous espacés, etc.).

Préparation à la naissance et à la parentalité

- En période de levée progressive de confinement, il est souhaitable de **maintenir l'entretien prénatal précoce** (obligatoire depuis la modification de financement de la sécurité sociale, Loi du 24 Décembre 2019, article 62, entrant en vigueur le 1^{er} Mai 2020) préférentiellement en téléconsultation afin de repérer précocement les situations de stress, d'anxiété, de vulnérabilité, les troubles du sommeil, un épisode dépressif, des addictions, et toute forme d'insécurité (violence domestique (HAS, 2019) et d'orienter les femmes qui le demandent vers un soutien psychologique, même à distance, ou encore vers une solution adaptée en cas de danger.
- **Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité** pourront être réalisées en téléconsultation par les sages-femmes, en individuel, en priorisant la participation des couples au 3^e trimestre de la grossesse : elles permettront de renforcer la confiance en soi de la mère ou du couple en vue de la naissance, du retour à domicile et des soins au nouveau-né, et de les accompagner dans leurs pratiques parentales. Le soutien psychologique sera maintenu si besoin. La préparation à la naissance en séance collective et en présentiel est déconseillée. Cependant elle peut être envisagée si et seulement si la distanciation physique et les règles d'hygiène peuvent être respectées (taille du local suffisant, port du masque pour tous et sans accompagnant) (CNOSF, 6/05/2020) (Union professionnelle des sages-femmes belges, 19/04/2020).
- **Il est essentiel de préparer l'accouchement et la sortie précoce de maternité** préconisée à 48 heures de vie du nouveau-né durant la pandémie de COVID-19 (HAS, 2014) https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-02/document_dinformation.pdf
- **Le contact peau à peau et l'allaitement sont possibles en l'état actuel des connaissances.** La mise en route de l'allaitement et le lien mère-enfant doivent être accompagnés en salle de naissance et en suites de couche.

Admission pour l'accouchement

Il est important de rappeler la nécessité d'un interrogatoire précis sur d'éventuels signes d'infection COVID-19 à l'admission des femmes enceintes (et de l'accompagnant).

Dépistage des parturientes lors de l'admission, en vue d'une césarienne programmée ou d'un déclenchement programmé de l'accouchement

Selon l'éditorial du New England, la prévalence des femmes diagnostiquées COVID-19 dans une cohorte de 215 femmes admises pour accoucher dans 2 maternités newyorkaises, était de 29/215 femmes asymptomatiques et positives, soit 13,8 %. Au regard de cette étude, il serait pertinent de recommander, dans un contexte épidémique comparable, un dépistage systématique des femmes à l'admission. Il permettrait d'orienter les mères vers une filière COVID-19 et de protéger les équipes soignantes (équipements de protection individuelle) et les nouveau-nés. (Sutton 2020).

Si les délais d'obtention des résultats des tests actuels n'auront pas d'impact sur la prise en charge de l'accouchement, un résultat positif de la mère aurait toutefois un impact collectif (distanciation physique et confinement du couple mère-enfant, diminution de la circulation du virus au sein de l'hôpital et après la sortie). Cet impact potentiel est comparable à celui d'un dépistage pour tout patient dans une structure de soins avec un risque de contamination (séjour, acte à risque) et pose la question de la doctrine dans ce type de situations. De manière générale, la HAS rappelle la recommandation de l'OMS d'accroître les tests.

La SFAR préconise un dépistage par RT-PCR sur prélèvement naso-pharyngé dans les 24 à 48 heures précédant une chirurgie majeure ou à risque d'aérosolisation, ou en cas de contact étroit avec un cas de COVID-19 avéré dans les 15 jours (SFAR, mai 2020). La SF2H reprend ces conditions (cas de contact avec un patient COVID-19 avéré dans les 7 derniers jours) et l'étend notamment aux patients présentant une co-morbidité à risque de forme grave de COVID-19 (SF2H, 6/05/2020). D'autre part la Society for Obstetric Anesthesia and Périnatology, d'après le CDC et l'OMS d'avril 2020, préconise un dépistage du COVID-19 24h en amont de toutes interventions programmées.

La HAS estime qu'il est nécessaire, au minimum, que les patientes à risque de forme grave de COVID-19, ainsi que les femmes enceintes au 3^e trimestre de grossesse, puissent se voir proposer un test diagnostique par RT-PCR dans les 24h à 48h avant toute hospitalisation programmée.

Au mieux, la HAS préconise un dépistage systématique par RT-PCR de toutes patientes avant une hospitalisation programmée.

Place de l'accompagnement à la maternité

- Une homogénéité des pratiques est souhaitable sur ce point afin d'éviter le nomadisme des femmes. Les professionnels doivent informer les femmes pour leur sécurité et celle de leur enfant, qu'il n'est pas recommandé de changer d'établissement de santé au dernier moment. Les signes cliniques de COVID-19 doivent être systématiquement recherchés chez l'accompagnant.
- **En salle de naissance** : la présence d'un accompagnant auprès de la femme est permise en salle de naissance selon certaines conditions (CNGOF, 27 mars 2020) <http://www.cngof.fr/component/rsfiles/aperçu?path=Clinique%252Freferentiels%252FCOVID-19%252FMATERNITE%2B-%2BCOVID%252FCOVID-accompagnants-accouchement.pdf>
- **En suites de couches** : selon les recommandations du CNGOF et du CNSF, l'accompagnant peut suivre la mère et l'enfant dans la chambre en suite de couche selon certaines conditions. Cependant aucune visite n'est autorisée (position du CNGOF sur la présence d'un accompagnant en maternité dans le contexte de Covid-19. 27 avril 2020 <http://www.cngof.fr/coronavirus-go-cngof/aperçu?path=COVID-accompagnants-accouchement-2.pdf&i=36371>) (CNSF 6/05/2020)

Selon les préconisations du Royal College of Obstetricians and Gynecologists le 17/04/2020, l'accompagnant peut assister à l'accouchement s'il est asymptomatique. Sa place dans le service de suite de couche est laissée à l'appréciation des équipes, en fonction du matériel dont elles disposent et en insistant sur la protection des mères, nouveau-nés et du personnel. (RCOG_Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy).

La HAS estime que la présence de l'accompagnant asymptomatique dans la chambre de la mère peut être acceptée à condition que l'accompagnant respecte les règles strictes demandées par l'établissement et que l'établissement dispose de matériel de protection et d'une équipe en nombre suffisant pour veiller à l'application de ces règles sans impacter le bon fonctionnement de la maternité.

Ces préconisations sont à adapter à l'évolution locale de l'épidémie et aux mesures mises en place par les établissements afin de protéger les futures mères et le nouveau-né ainsi que toute l'équipe soignante.

Adaptation du travail en équipe durant la période d'épidémie

Le travail en équipe, la communication et le partage d'informations doivent être renforcés entre l'hôpital public ou privé et la ville. Leurs modalités (échanges par courrier, appels téléphoniques, en visioconférence, etc.) sont définies en commun par les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des femmes (sage-femme, gynécologue-obstétricien, gynécologue médical, pédiatre, médecin généraliste, etc.).

Ils sont indispensables en particulier pour l'orientation des grossesses à haut risque, des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité sociale ou psychologique.

Nécessité d'une reprise de l'offre de soins en ville

La réouverture de toutes les PMI, la reprise progressive du PRADO, service de l'assurance maladie, permettent de reprendre l'offre de soin en ville. Les PMI ont un rôle important à jouer dans la continuité des soins et doivent participer aux suivis des femmes à bas risque, tout en respectant les mesures barrières.

Étant donné le rôle accordé aux sages-femmes libérales dans le suivi des femmes enceintes, il est indispensable de renforcer les moyens de protection individuel qui leur sont alloués (masques FFP2, chirurgicaux, lunette/visière, surblouses, etc.) : <https://tools.cep.health/tool/covid-19/#personal-protective-equipment-ppe>

Il est aussi rappelé d'adapter l'organisation et le fonctionnement du cabinet tout en maintenant les mesures et gestes barrières afin de protéger les patients et les professionnels : distanciation physique, masque à disposition, tranche horaire dédiée et adaptation du rythme de prise des RDV sans attente, désinfection des espaces et équipements, etc. (SF2H du 6/05/2020) (avis du HCSP du 8/04/2020) (CNSF du 6/05/2020) (CNOSF du 6/05/2020).

Dans ce contexte de levée de confinement, le Collège National des Sages-femmes de France (CNSF) a publié une liste des actes des sages-femmes libérales avec d'une part ceux réalisables en téléconsultation et d'autre part ceux identifiés à risque de contamination (CNSF, 6/05/2020).

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

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

L'organisation du suivi des femmes enceintes est à moduler en fonction des particularités géographiques et de l'évolution locale de l'épidémie ainsi que de l'accès aux ressources locales.

Cas des femmes enceintes suspectées et/ou confirmées atteintes de COVID-19

Femme enceinte présentant des signes évocateurs de COVID-19 : fièvre, toux, signes respiratoires (dyspnée) ou signes de pneumonie

En cas de suspicion d'infection (<https://maladiecoronavirus.fr/>), la femme doit consulter afin d'éliminer un diagnostic différentiel (dont fièvre). Son état de gravité doit être évalué et une complication obstétricale est à rechercher. Elle doit :

- **Soit consulter son médecin généraliste** en respectant les mesures d'hygiène et un test diagnostique de COVID-19 doit lui être proposé. Cette consultation doit avoir lieu en respectant au maximum les mesures barrières (accueillie seule en salle d'attente, port du masque par la patiente). La procédure en vigueur de désinfection du cabinet est à appliquer après la consultation.
- **Soit appeler le 15** et en absence de réponse rapide, se rendre directement aux urgences obstétricales de l'établissement où elle est suivie (à défaut les urgences générales) en prenant soin de les prévenir si possible au préalable (par la mise à disposition d'un numéro dédié) et de signaler à son arrivée le risque infectieux pour qu'elle ait un masque et soit isolée.
- Si une échographie de dépistage était programmée dans les deux semaines chez une femme suspectée ou confirmée COVID-19, celle-ci peut être décalée à une date ultérieure, une fois la femme guérie, et dans la limite des dates imparties pour cette échographie.
- D'après l'avis du HCSP du 8/04/20, toute patiente suspecte ou confirmée doit être prise en charge par le médecin généraliste et par l'équipe obstétricale référente (dont signes évocateurs chez la femme enceinte : digestifs, ORL, céphalées, myalgies, etc. - CAPWHN 25/03/2020 et CDC 3/03/2020) (Gajbhiye et al, 15/04/2020) (Zaigham et Anderson, 7/04/2020). Toute patiente présentant des signes de gravités, ou présentant des comorbidités aggravantes doit être prise en charge en milieu hospitalier.

Prise en charge des femmes enceintes suspectées COVID-19 en ambulatoire

En cas de survenue de signes évocateurs de COVID-19 (fièvre, toux, dyspnée, agueusie, anosmie, asthénie ou céphalées ou myalgies de survenue brutale et inexplicables) (avis HCSP du 20/04/2020) un test diagnostique SARS-CoV-2 par RT-PCR est prescrit par le médecin traitant et/ou le médecin assurant le suivi obstétrical, avec un prélèvement réalisé en ville si possible, à défaut à l'hôpital.

La prise en charge des femmes enceintes COVID-19 nécessite une attention particulière en raison de l'impact de la grossesse sur le système respiratoire et cardio-vasculaire de la femme enceinte et en raison du risque de prématurité. (HAS, Prise en charge des patients COVID-19, sans indication d'hospitalisation, isolés et surveillés à domicile).

Prise en charge aux urgences obstétricales

Les recommandations du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) décrivent la prise en charge aux urgences obstétricales (CNGOF, 2020) <http://www.cngof.fr/pratiques->

[cliniques/referentiels-d-origines-diverses/aperçu?path=COVID-19%252FMATERNITE%2B-%2BCOVID%252FCOVID-19-CNGOF.pdf&i=35659](#) . Elles précisent notamment :

- Les critères d’hospitalisation conventionnelle / en réanimation.
- Les comorbidités reconnues officiellement, dont notamment patiente au troisième trimestre de la grossesse et/ou en surpoids ; et/ou grossesses pathologiques (HTA gravidique, prééclampsie, diabète gestationnel ou pré existant, insuffisance respiratoire chronique, cardiopathies, transplantée, etc.).
- Une hospitalisation est à discuter chez une femme enceinte présentant des facteurs de comorbidités même en l’absence de signe clinique de gravité initial, particulièrement lorsque le terme est avancé.

En l’absence de critères d’hospitalisation, il est recommandé de tester toutes les femmes enceintes suspectées (données actuelles)

- **Patiente en attente de prélèvement** : à considérer comme positive par défaut. Un retour à son domicile est possible en l’attente des résultats avec respect des mesures d’isolement.
- **Patiente prélevée avec résultat en attente** : à considérer comme positive par défaut. Un retour à son domicile est possible en l’attente des résultats avec respect des mesures d’isolement.
- **Patiente prélevée négative** : étant donné la sensibilité du test, il n’est pas totalement exclu que la femme ne soit pas contagieuse (sensibilité relative de la RT-PCR). Garder le masque pour éviter de transmettre tout agent infectieux responsable des symptômes. Une disparition des symptômes est à confirmer par une procédure de surveillance ambulatoire selon organisation locale.
- **Patiente prélevée positive** : garder le masque à l’extérieur et dans toutes conditions, procédure de surveillance ambulatoire selon organisation locale.

Protocole de prise en charge en cas d’hospitalisation

Les recommandations du CNGOF décrivent **le protocole de prise en charge en cas d’hospitalisation** (CNGOF, 2020).

D’après les données de littérature, le nombre de césariennes et de naissances prématurées est augmenté dans la population de femmes COVID-19 symptomatiques lors de l’accouchement, comparativement aux femmes en population générale. Chez ces femmes les taux de césariennes varient entre 80 à 90 % et les taux de naissances prématurées varient entre 20 à 40 %. (ISUOG INTERIM GUIDANCE, plusieurs revues systématiques de la littérature : Gajbhiye et al (15/04/20), Della Gatta AN et al. (17/04/20), Dotters-Katz et Hughes (17/04/20), Zihil Yang et al. (20/04/20), Mehan et al. (30/04/20)).

Prise en charge d’une patiente de retour au domicile après avoir consulté aux urgences, ou ayant été hospitalisée

- Contact tous les 48 h (tracer les résultats à récupérer et les appels) par l’équipe obstétricale des urgences.
- Minimiser le risque de transmission COVID-19 avec isolement à domicile pendant 14 jours de la femme et de son conjoint (remise et explication des consignes de surveillance et des précautions d’hygiène à respecter).
- Privilégier la téléconsultation quand cela est possible.
- Consultation avec un médecin 3 semaines après la sortie.

Suivi de la femme enceinte après guérison

- Du fait du manque de connaissances sur les conséquences de la maladie, un suivi clinique et échographique des femmes enceintes et de leur enfant à naître par un médecin spécialiste de l'obstétrique est recommandé pour vérifier la croissance fœtale, le volume de liquide amniotique, et compléter si besoin par une échographie (Doppler de l'artère ombilicale).
- La prise en charge est similaire aux grossesses à risque avec suivi médical par le médecin référent et continuité du suivi par une sage-femme à domicile ou sage-femme à l'hôpital.
- La nécessité d'échographies supplémentaires est à discuter au cas par cas en fonction de la gravité des symptômes maternels (pas de risque tératogène connu et pas d'impact sur le terme ou le mode d'accouchement).

Impact fœtal

Il n'y a pas lieu de faire de prise en charge spécifique de diagnostic prénatal des patientes infectées, sauf dans les circonstances rares suivantes :

- Patiente ayant eu une hypoxie sévère, nécessitant une ventilation mécanique pouvant engendrer une hypoxie fœtale et des anomalies du développement cérébral (échographie diagnostique + IRM à recommander).
- Patiente ayant eu une pneumonie sévère sans hypoxie grave : des échographies de croissance peuvent se discuter par analogie avec le SARS.

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 dans le cadre du COVID-19](#) de la Haute Autorité de santé.

Pour les professionnels

- Haute Autorité de santé. Réponses rapides COVID-19 -Téléconsultation et télésoin. Saint Denis La Plaine: HAS; 2020. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-04/reponses_rapides_dans_le_cadre_du_COVID-19_teleconsultation_et_telesoin.pdf
- 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
- Haute Autorité de santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016. https://www.has-sante.fr/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees
- 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
- Haute Autorité de santé. Covid-19 – IVG. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2020. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3178808/fr/reponses-rapides-dans-le-cadre-du-covid-19-interruption-volontaire-de-grossesse-ivg-medicamenteuse-a-la-8eme-et-a-la-9eme-semaine-d-amenorrhée-sa-hors-milieu-hospitalier
- Haute Autorité de santé. Prise en charge des patients Covid-19, sans indication d'hospitalisation, isolés et surveillés à domicile https://www.has-sante.fr/jcms/p_3182290/fr/prise-en-charge-des-patients-covid-19-sans-indication-d-hospitalisation-isoles-et-surveilles-a-domicile
- Haute Autorité de santé. Avis n°2020.0xxx/AC/SEESP du 30 avril 2020 du collège de la Haute Autorité de santé relatif au maintien de la campagne de vaccination contre la grippe saisonnière à la Réunion dans le contexte de l'épidémie Covid-19 en France. Saint-Denis La Plaine : HAS; 2020. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3182752/fr/avis-n2020-0030/ac/seesp-du-30-avril-2020-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante-relatif-au-maintien-de-la-campagne-de-vaccination-contre-la-grippe-saisonniere-a-la-reunion-dans-le-contexte-de-l-epidemie-covid-19-en-france
- Haute Autorité de santé. Prise en charge des patients Covid-19, sans indication d'hospitalisation, isolés et surveillés à domicile. Saint-Denis La Plaine : HAS; 2020 https://www.has-sante.fr/jcms/p_3182290/fr/prise-en-charge-des-patients-covid-19-sans-indication-d-hospitalisation-isoles-et-surveilles-a-domicile
- Haute Autorité de santé. Accompagner les patients ayant une maladie chronique et/ou à risque de forme grave de Covid-19 dans la levée du confinement. Saint-Denis La Plaine : HAS; 2020 https://www.has-sante.fr/jcms/p_3183783/fr/accompagner-les-patients-ayant-une-maladie-chronique-et-ou-a-risque-de-forme-grave-de-covid-19-dans-la-leeve-du-confinement

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

- Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) <http://www.cngof.fr/>
- Collège National des Sage-femme de France (CNSF) <https://www.cnsf.asso.fr/>
- Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF) <http://www.ordre-sages-femmes.fr/>
- Collège de la Médecine Générale (CMG) <https://lecmg.fr/>
- Association Nationale des Sages-femmes Libérales (ANSFL) <https://ansfl.org/>
- Société Française de Pédiatrie (SFP) <https://www.sfpediatricie.com/>
- Société Française de Néonatalogie (SFN) <https://www.societe-francaise-neonatalogie.fr/>
- Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA Pédiatrie) <https://afpa.org/>
- Fédération Française des Réseaux de Santé Périnatale (FFRSP) <https://ffrsp.fr/>
- Initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB) <https://amis-des-bebes.fr/>
- Club Anesthésie-Réanimation en Obstétrique (CARO) <http://caro-club.univ-lyon1.fr/>
- Société Française de Médecine du Travail (SFMT) <http://www.chu-rouen.fr/sfmt/>

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

- Haut Conseil de Santé Publique. Avis du 8 avril 2020 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). Paris : HCSP ; 2020 <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/PointSur?clef=2>
- Haut Conseil de Santé Publique. Avis du 20 Avril 2020. Actualisation de l'avis relatif aux personnes à risque de forme grave de Covid-19 et aux mesures barrières spécifiques à ces publics. Paris : HCSP ; 2020 <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=790>
- Haut Conseil de Santé Publique. Avis du 24 Avril 2020. Préconisations du Haut Conseil de la santé publique relatives à l'adaptation des mesures barrières et de distanciation sociale à mettre en œuvre en population générale, hors champs sanitaire et médico-social, pour la maîtrise de la diffusion du SARS-CoV-2. Paris : HCSP ; 2020. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=806>
- Ministère de solidarités et de la santé. Coronavirus COVID-19. Annexe 9. Consignes d'hygiène du cabinet médical <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/consignes-hygiene-cabinets-ville-covid19.pdf>
- 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/>
- Collège National des Sages-Femmes de France. Préconisations du CNSF pour la pratique des sages-femmes en période de déconfinement 6/05/2020. https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2020/05/2020.05.06_Pre%CC%81conisation-CNSF-de%CC%81confinement.pdf
- CNOSF Guide pour la prise ne charge des patientes en cabinet de ville pendant la crise sanitaire du COVID-19 6/05/2020
- Union professionnelle des sages-femmes belges. Plan de relance de l'activité sages-femmes Covid-19 (19/04/2020) https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/relance_sf_19_avril_2020.pdf
- Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF). Assistance des accompagnants à l'accouchement. 27 mars 2020 <http://www.cngof.fr/component/rsfiles/aperçu?path=Clinique%252Fpreferentiels%252FCOVID-19%252FMATERNITE%2B-%2BCOVID%252FCOVID-accompagnants-accouchement.pdf>

- Collège national des obstétriciens et gynécologues français. Prise en charge aux urgences maternité d'une patiente enceinte suspectée ou infectée par le coronavirus (covid-19) – v1 (17/03/2020). Paris: CNGOF; 2020. <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/referentiels-d-origines-diverses/aperçu?path=COVID-19%252FMATERNITE%2B-%2BCOVID%252FCOVID-19-CNGOF.pdf&i=35659>
- Collège français d'échographie fœtale. Recommandations du 19/03/2020 pour la pratique des échographies obstétricales et fœtales pendant la période de l'épidémie COVID-19. Paris: CFEF; 2020. <http://www.cfef.org/article-archivage.php?ref=10>
- Position du CNGOF sur la présence d'un accompagnant en maternité dans le contexte de covid-19. 27 avril 2020. <http://www.cngof.fr/coronavirus-go-cngof/aperçu?path=COVID-accompagnants-accouchement-2.pdf&i=36371>
- Ministère des solidarités et de la santé. Les recommandations du ministère sur l'IVG. Paris : 2020. <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/ivg-et-covid-19>
- Ministère des solidarités et de la santé, Fiche doctrine Recommandation d'utilisation des masques faciaux dans le contexte d'un processus progressif de déconfinement. <http://www.cpias-ile-de-france.fr/docprocom/doc/ministere-deconfinement-utilisation-masque-060520.pdf>
- Ministère des solidarités et de la santé. Fiche ARS. Lignes directrices relatives à l'organisation générale de l'offre de soins après déconfinement. Paris : 2020 <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/deconfinement-lignes-directrices-offre-soins-covid-19.pdf>
- Recommandations de la SF2H relatives à l'organisation du parcours des patients, à la protection des patients et des personnels à l'heure du déconfinement et de la reprise de l'activité médico-chirurgicale non COVID-19 en milieu de soins, 6 mai 2020 <https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2020/02/Avis-SF2H-Soins-et-Deconfinement-VF-du-06-mai-2020.pdf>
- Society of Obstetric Anesthesia and Perinatology (SOAP). Interim considerations for obstetric anesthesia care related to COVID19 (5 Avril 2020) https://soap.org/wp-content/uploads/2020/04/SOAP_COVID-19_Obstetric_Anesthesia_Care_040520.pdf
- SFAR Préconisations pour l'adaptation de l'offre de soins en anesthésie réanimation dans le contexte de pandémie de covid-19 version mai 2020 <https://sfar.org/preconisations-pour-ladap-tation-de-loffre-de-soins-en-anesthesie-reanimation-dans-le-contexte-de-pandemie-de-covid-19/>
- CEP, COVID-19: Clinical and Practical Guidance for Primary Care Providers <https://tools.cep.health/tool/covid-19/#personal-protective-equipment-ppe>
- Décret du 5/05/2020 définissant les critères permettant d'identifier les salariés vulnérables présentant un risque de développer une forme grave d'infection au virus SARS-CoV-2 et pouvant être placés en activité partielle au titre de l'article 20 de la loi n° 2020-473 du 25 avril 2020 de finances rectificative pour 2020 <https://www.legifrance.gouv.fr/af-fichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000041849680&categorieLien=id>
- Royal College of Midwives et Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) Guidance for antenatal and postnatal services in the evolving coronavirus (COVID-19) pandemic 17/04/2020 <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2020-04-17-guidance-for-antenatal-and-postnatal-services.pdf>
- Loi du 24 Décembre 2019 sur de financement de la sécurité sociale, article 62, entrant en vigueur le 1er Mai 2020 <https://www.legifrance.gouv.fr/af-fichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000039675317&categorieLien=id>

- Calendrier vaccinal 2020 <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal>
- Société française d'hygiène hospitalière. Recommandations de la SF2H relatives à l'organisation du parcours des patients, à la protection des patients et des personnels à l'heure du déconfinement et de la reprise de l'activité médico-chirurgicale non COVID-19 en milieu de soins. Version révisée du 12 mai 2020. Lyon: SF2H; 2020. <https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2020/02/Avis-SF2H-Soins-et-Deconfinement-VF-du-12-mai.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
- Écoute téléphonique bénévole et gratuite, mise en place par le Collectif Inter Associatif autour de la Naissance et de l'Enfant (CIANE) depuis son site (<https://ciane.net/2020/03/mise-en-place-dune-ecoute-telephonique-benevole-et-gratuite/>).
- CARO. COVID: message des anesthésistes en maternité aux patientes <http://caro-club.univ-lyon1.fr/webapp/website/website.html?id=1614895&pageId=456588>
- HAS. 2014. Sortie de maternité : préparez votre retour à la maison. Document d'information destiné aux femmes enceintes https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-02/document_dinformation.pdf

Références bibliographiques

1. Décret n° 2020-459 du 21 avril 2020 modifiant le décret n° 2020-73 du 31 janvier 2020 portant adoption de conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pour les personnes exposées au coronavirus. Journal Officiel 2020 ;23 Avril (99)
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000041814492&categorieLien=id>
2. Académie nationale de Médecine. Covid-19, grossesse et accouchement. Communiqué de l'Académie nationale de Médecine. 30 Mars 2020 Paris : ANM ; 2020. <http://www.academie-medecine.fr/communique-de-lacademie-covid-19-grossesse-et-accouchement/>
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. Covid-19 Obstetric preparedness manual. 25 mars 2020. Washington: ACOG; 2020. <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/files/pdfs/education/covid-19-obstetric-preparedness-manual.pdf>
4. Assurance maladie. Covid-19 : les personnes fragiles peuvent bénéficier d'un arrêt de travail- 6 avril 2020 [En ligne] 2020. <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/actualites/covid-19-les-personnes-fragiles-peuvent-beneficier-dun-arret-de-travail>
5. Canadian Association of Perinatal and Women's Health Nurses. COVID-19 - Suggestions for the care of the perinatal population [25/03] : CAPWHN; 2020. https://capwhn.ca/wp-content/uploads/2020/03/CAPWHN_COVID-19_Mar-25-2020.pdf
6. Centers for Disease Control and Prevention. Interim considerations for infection prevention and control of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in inpatient obstetric healthcare settings [En ligne] 2020. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/inpatient-obstetric-healthcare-guidance.html>
7. 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 [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30360-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30360-3)
8. Collège national des obstétriciens et gynécologues français, Peyronnet V, Sibiude J, Deruelle P, Huissoud C, Lesclure X, et al. Infection par le SARS-CoV-2 chez les femmes enceintes. Etat des connaissances et proposition de prise en charge. Gynecol Obstet Fertil Senol 2020; <http://dx.doi.org/10.1016/j.gofs.2020.03.014>
9. Collège national des obstétriciens et gynécologues français, Syndicat national des gynécologues obstétriciens de France. COVID-19 : Recommandations du CNGOF et du SYNGOF pour le suivi de grossesse et l'accouchement

[En ligne] 2020. <https://syngof.fr/communiqués-presse/covid-19-recommandations-du-cngof-et-du-syngof-pour-le-suivi-de-grossesse-et-laccouchement/>

10. Della Gatta AN, Rizzo R, Pilu G, Simonazzi G. COVID19 during pregnancy: a systematic review of reported cases. *Am J Obstet Gynecol* 2020; <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2020.04.013>
11. Gajbhiye R, Modi D, Mahale S. Pregnancy outcomes, newborn complications and maternal-fetal transmission of SARS-CoV-2 in women with COVID-19: A systematic review [Preprint] [En ligne] 2020. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.11.20062356v1>
12. 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; <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2006100>
13. 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>
14. International Society of Ultrasound of Obstetrics and Gynecology (ISUOG). Consensus statement on rationalization of early-pregnancy care and provision of ultrasonography in context of SARS-CoV-2 : ISUOG; 2020. <https://www.isuog.org/uploads/assets/a66590dd-d7c1-4929-99b3cbd80eb94cd3/84178801-612d-4f04-8bc5634f861c3a0f/ISUOG-Consensus-Statement-on-rationalization-of-early-pregnancy-care-and-provision-of-ultrasonography-in-context-of-SARS-CoV-2.pdf>
15. Mehan A, Venkatesh A, Girish M. COVID-19 in pregnancy: risk of adverse neonatal outcomes. *J Med Virol* 2020; <http://dx.doi.org/10.1002/jmv.25959>
16. Ministère des solidarités et de la santé. Fiche professionnels de santé prise en charge en ville par les médecins de ville des patients symptomatiques en phase épidémique de COVID-19. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2020. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19_fiche_medecin_v16032020finalise.pdf
17. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Coronavirus (COVID-19) Infection in pregnancy. Version 8: Published Friday 17 April 2020. London: RCOG; 2020. <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2020-04-17-coronavirus-covid-19-infection-in-pregnancy.pdf>
18. Society for Maternal Fetal Medicine, Dotters-Katz S, Hughes BL. Coronavirus (COVID-19) and pregnancy: what maternal-fetal medicine subspecialists need to know. Washington: SMFM; 2020. https://s3.amazonaws.com/cdn.smfm.org/media/2262/COVID19_PDF.pdf
19. Stephens AJ, Barton JR, Bentum NA, Blackwell SC, Sibai BM. General guidelines in the management of an obstetrical patient on the labor and delivery unit during the COVID-19 pandemic. *Am J Perinatol* 2020; <http://dx.doi.org/10.1055/s-0040-1710308>
20. 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; <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMc2009316>
21. Yang Z, Wang M, Zhu Z, Liu Y. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and pregnancy: a systematic review. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2020:1-4 <http://dx.doi.org/10.1080/14767058.2020.1759541>
22. Zaigham M, Andersson O. Maternal and perinatal outcomes with COVID-19: a systematic review of 108 pregnancies. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2020; <http://dx.doi.org/10.1111/aogs.13867>

Méthode d'élaboration et avertissement

La méthode retenue pour cette réponse rapide est basée sur une synthèse narrative des données probantes 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 collégialement entre la Haute Autorité de santé et des experts désignés par le CNGOF, CNSF, CNOSF, CMG, SFN, SFP, FFRSP, AFPA, SFMT et a été relu par le CIANE.

Validation par délégation par la présidente de la HAS en date du 23 Juin 2020.

Liste des participants

Haute Autorité de santé : Karine Petitprez, chef de projet, SBPP ; Anne-Françoise Pauchet-Traversat, chef de projet, SA3P ; Alcyone Droy, chef de projet, SEVOQSS ; Emmanuelle Blondet, documentaliste ; Aurélien Dancoisne, documentaliste ; Maud Lefèvre, assistante documentaliste.

CNP et Sociétés savantes : Philippe Deruelle, gynécologue obstétricien (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) ; Olivier Picone, gynécologue obstétricien (Collège national des gynécologues et 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 la Médecine Générale) ; Sophie Mahut (Collège de la Médecine Générale) ; Adrien Gantois (Collège national des sages-femmes de France) ; Chloé Barasinski (Collège national des sages-femmes de France) ; Anne-Marie Curat, (Conseil nationale de l'Ordre des sages-femmes) ; Maria Gonzalez, (Société française de médecine du travail), Christine Morin (Conseil national professionnel des sages-femmes).

Association d'usagers : Collectif Inter Associatif autour de la Naissance et de l'Enfant : 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.