



## La Commission Technique Nationale du Corona et Grossesse

### COVID-19 et grossesse

#### Informations pour les OBGYN et les établissements de santé

Ce livret est préparé par la commission technique nationale du Corona et grossesse - Liban dans le cadre d'une série de questions et réponses sur l'infection COVID-19 et le rôle des OBGYN et des établissements de santé.

Avril 2020



الجمهورية اللبنانية  
وزارة الصحة العامة



## Préambule

La Commission technique nationale du corona et grossesse travaille en collaboration avec le ministère de la Santé publique à élaborer des protocoles nationaux unifiés liés au suivi de la grossesse, du travail, de l'accouchement et du post-partum pour les femmes enceintes atteintes de Corona ou cas suspects, afin de normaliser et de faciliter le travail médical des collègues. La commission travaille également sur la préparation des supports pour la formation des collègues à travers des ateliers de visioconférence, en plus le développement des supports pédagogiques qui imitent les questions de la femme enceinte et de la famille concernant la protection, le suivi et les pratiques de santé quotidiennes. Le comité s'emploie également à surveiller et à suivre les cas de grossesse et Corona notés au Registre national de statistique.

Les informations sur Corona sont mises à jour périodiquement et rapidement, et certaines directives changent avec elles. Les ressources seront mises à jour par la commission selon les études et guides renouvelés.

La Commission attend avec intérêt votre coopération et vos suggestions dans ce propos.

### Dr. Faysal El Kak

Chef de la Commission technique nationale du corona et grossesse au ministère de la santé publique

**Les membres de la commission :** Dr. Saadeddine Itani président de la société libanaise d'obstétrique et de gynécologie (LSOG), Dr. Jihad Al-Hassan chef du département d'obstétrique et de gynécologie de l'Université Libanaise (UL), Dr. Anwar Nassar Chef du département d'obstétrique et de gynécologie du Centre Médical de l'université américaine (AUBMC), Dr. Elie Attieh chef du Département d'obstétrique et de gynécologie de l'Université Saint Joseph (USJ), Dr. Rana Skaff Chef du département d'obstétrique de l'Université Balamand (UOB), Dr. Tony Zreik chef du département d'obstétrique et de gynécologie de l'Université Libanaise Américaine (LAU), Dr. Rabih Chahine chef du département d'obstétrique et de gynécologie à l'hôpital universitaire gouvernemental Rafic Hariri (RHUH), Dr. Wadih Ghanameh chef du département d'obstétrique et de gynécologie université de Kaslik (USEK), Dr. Rabih Chammay directeur du programme national de santé mentale, Mme Daad Akoum présidente de l'ordre des sages-femmes du Liban, Mme Wafa Kanaan département des soins de santé primaire - Ministère de la santé publique.

La commission coopère avec Mme Asma Kurdahi - le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), Dr Rasha Hamra - Directeur du département de l'éducation sanitaire au Ministère de la santé publique.

## I. Questions Générales

Q1: Comment modifier les règles de visite dans le contexte de la pandémie de COVID-19?

Les modifications aux politiques de visite devraient être apportées au niveau de chaque établissement en fonction de la diffusion des recommandations locales et de l'état diffusées à la communauté. En milieu hospitalier et ambulatoire, il est recommandé de réduire le nombre de visiteurs au minimum nécessaire.

Q2: Les patientes enceintes devraient-elles porter un masque?

Les patientes enceintes doivent suivre les mêmes recommandations que la population générale en ce qui concerne le port d'un masque. Les masques ne doivent pas être portés que par ceux qui présentent des symptômes de COVID-19 ou ceux dont le COVID-19 est confirmé lorsqu'elles sont en public ou à proximité d'autres personnes.

**NOTE:** La commission technique nationale du Corona et grossesse- Liban a élaboré ce guide pour faciliter les bonnes pratiques et la prise de décisions cliniques. Il est basé sur les meilleures preuves disponibles au moment de la rédaction du présent document, et les orientations seront régulièrement réexaminées à mesure que de nouvelles preuves émergent.

## II. Réactivité: personnel, équipe et ressources

Q1 : Est-ce qu'il faut transférer le personnel de santé « enceinte » pratiquant dans un service de santé à des postes où elle ne fournit pas des soins en contact direct avec les patients pour aider à réduire le risque?

En se basant sur des données limitées concernant le COVID-19 et la grossesse, les ressources actuelles ne proposent pas de créer des restrictions supplémentaires pour le personnel de santé enceinte en raison du COVID-19 seul. Les femmes enceintes ne semblent pas présenter un risque plus élevé de maladie grave liée à COVID-19. Le personnel de santé enceinte doit suivre les directives [d'évaluation des risques](#) et de contrôle des infections du CDC pour le personnel de santé exposé à des patientes suspectées ou confirmées de COVID-19. Le respect des pratiques de prévention et de [contrôle des infections](#) recommandées est un élément important de la protection de tout le personnel de santé dans les établissements de santé.

Les établissements peuvent vouloir envisager de limiter l'exposition du personnel de santé enceinte aux patientes présentant une infection confirmée ou suspectée au COVID-19, en particulier pendant les procédures à haut risque (par exemple, les procédures générant des aérosols), si possible, en fonction de la disponibilité du personnel.

Q 2: Comment les établissements peuvent préparer les prestataires de soins obstétricaux à répondre à COVID-19?

Les hôpitaux qui fournissent des services de maternité devraient créer ou - si déjà créé - mobiliser leur sous-comité périnatale en charge de la préparation aux catastrophes (y compris des représentants des équipes d'obstétrique, de pédiatrie, de médecine familiale et d'anesthésie, entre autres)

Dans certaines régions où la prévalence et la propagation dans la communauté sont élevées, une pénurie de personnel de soins obstétricaux peut se produire. Peu importe si une zone est actuellement en large diffusion de COVID dans la communauté, l'ACOG encourage toutes les installations à commencer à élaborer des stratégies pour accroître leur main-d'œuvre obstétricale. Les établissements devraient envisager d'accréditer rapidement et de privilégier les prestataires de soins obstétricaux temporaires qui ne pratiquent pas actuellement l'obstétrique pour permettre l'augmentation des effectifs, et de proviser une nouvelle formation à ces personnes si nécessaire et assurer une couverture d'assurance adéquate.

En plus, si non réalisé, les établissements sont encouragés à trouver des moyens innovants de collaborer avec les médecins de famille, les sages-femmes et d'autres professionnels des soins obstétricaux.

### Q.3 : Comment gérer les procédures électives pour optimiser le personnel et les ressources?

Dans les régions où COVID-19 est particulièrement répandu ou où le système de soins de santé est particulièrement stressé, il peut être avantageux d'identifier et de modifier le calendrier chirurgical, y compris pour les procédures médicalement indiquées, lorsque la santé et la sécurité de la patiente ne seraient pas affectées par un tel retard.

Pour les procédures en obstétrique, il peut être approprié d'envisager temporairement la ligature des trompes uniquement lors de l'accouchement par césarienne (sauf si la patiente est considérée à haut risque) et considérer toutes les autres procédures comme électives, tant qu'une autre méthode de contraception est fournie (par exemple, contraception immédiate post-partum réversible à longue durée d'action), si la patiente le souhaite. Cependant, toute décision concernant les procédures à considérer électives doit être prise au niveau local et régional, compte tenu des risques et des ressources spécifiques à chaque zone. Les procédures obstétricales et gynécologiques pour lesquelles un retard affectera négativement la santé et la sécurité des patientes ne doivent pas être retardées. Cela comprend les procédures gynécologiques et les procédures liées à la grossesse pour lesquelles un retard nuirait à la santé de la patiente

### III. Soins Anténataux

Q1: Est-il approprié de modifier la prestation des soins prénataux pour réduire le risque de propagation et d'exposition au COVID-19?

Oui. D'autres approches alternatives de prestation des soins prénataux ont été proposées dans une nouvelle stratégie dans l'effort de contrôler la propagation du COVID-19 parmi les patientes, les soignants et le personnel. Bien que les preuves soient limitées concernant la sécurité et l'efficacité de ces approches, l'ACOG reconnaît la nécessité de mettre en œuvre des stratégies innovantes au cours de cette urgence de santé publique en évolution rapide, en tenant compte des différences dans les milieux de soins et les risques de la population. Toute décision de modifier la prestation des soins prénataux doit être prise au niveau local et individuel.

- Les obstétriciens-gynécologues et autres prestataires de soins obstétricaux devraient continuer à fournir les soins prénataux, le transfert, et les consultations médicalement nécessaires.
- Les prestataires de soins obstétricaux doivent être prêts à expliquer la justification de tout changement dans les horaires de soins prénataux ou d'accouchement, en soulignant que ces modifications ont été apportées afin de limiter le risque d'exposition au virus pour la mère et le fœtus ou le nourrisson.
- Il est recommandé que la discussion patiente-médecin concernant un plan de soins prénatal alternatif dans le contexte de la pandémie de COVID-19 soit documentée dans le dossier médical.

Voici quelques exemples d'approches de modification des soins prénataux qui peuvent être envisagés. Cependant, la modification ou la réduction des soins n'est pas appropriée que si le risque d'exposition accidentelle résultant de la réception ou de la prestation de soins peut être élevé à l'heure actuelle; les approches et les horaires de soins normaux devraient reprendre lorsque ce risque diminue. Les plans de soins modifiés sont mieux élaborés au niveau local en tenant compte de la population des patientes et des ressources disponibles.

- Espacement des rendez-vous.
  - Les praticiens de santé peuvent choisir de continuer les rendez-vous de soins prénataux en personne pour les patientes qui ne sont pas malades, si le personnel est disponible, mais espacer les heures de rendez-vous en personne le cas échéant pour réduire le nombre de

patientes qui viennent pour consulter au bureau ou à l'établissement en même temps.

- Cela peut s'accompagner du report de certains rendez-vous non urgents en gynécologie pour faciliter la distanciation sociale et maintenir la disponibilité pour accueillir les rendez-vous médicalement nécessaires; les rendez-vous pour lesquels un retard affectera négativement la santé et la sécurité des patients ne doivent pas être retardés.
- Horaires de soins prénataux alternés ou réduits.
  - Envisagez de regrouper les procédures de soins (Ex. Vaccinations, dépistages du glucose, etc.) pour réduire le nombre de visites en personne.
  - Des exemples d'horaires alternatifs ou réduits de soins prénatals sont énumérés ci-dessous comme ressources. Ces exemples sont partagés avec l'autorisation de leurs développeurs et sans identification sur demande. Ces exemples, ainsi que les publications de revues pertinentes énumérées ci-dessous, sont uniquement à des fins de ressources et ne doivent pas être considérés comme développés ou approuvés par l'American College of Obstetricians and Gynecologists.

Q 2: Les stratégies de communication en télésanté peuvent-elles aider à fournir des soins obstétricaux?

- Oui, de nombreuses sociétés médicales encouragent les cabinets et les établissements qui n'ont pas encore l'infrastructure d'offrir la télésanté, de commencer à élaborer des stratégies pour intégrer la télésanté dans leurs services, le cas échéant. Assurez-vous de la capacité du client à accéder à la télémédecine de manière équitable pour assurer des soins équitables. Se référer à la déclaration du président de l'Ordre des Médecins du Liban (OML)

Q 3: Dois-je dépister les patientes avant de se présenter à des rendez-vous cliniques face à face?

Les professionnels de santé peuvent également envisager une approche (par exemple par téléphone, télésanté) pour mettre en œuvre un dépistage systématique des patientes et de

leurs visiteurs si cela est autorisé, pour une exposition potentielle ou un dépistage des symptômes COVID-19 (toux, mal de gorge, fièvre) avant le face à face. Rendez-vous à la clinique pour empêcher toute personne sous investigation (PSI) d'entrer dans l'établissement. Les patientes doivent être invitées à appeler le centre avant de venir et à discuter la nécessité de reporter leur rendez-vous si elles développent des symptômes d'infection respiratoire (par exemple, toux, mal de gorge, fièvre) le jour où elles doivent être consultées. Cela peut être fait par des appels téléphoniques avant les rendez-vous pour se renseigner sur: les voyages récents, l'exposition potentielle et les symptômes. Il est conseillé de communiquer de manière proactive avec tous les patientes (c'est-à-dire par e-mail, SMS, appels téléphoniques enregistrés) en conseillant aux personnes susceptibles d'être exposées à COVID-19 ou présentant des symptômes de COVID-19 d'appeler le bureau en premier. De plus, les professionnels de santé devraient confirmer si la personne subit actuellement un test de dépistage du COVID-19.

Si, après le dépistage, la patiente signale des symptômes ou subit une exposition avec une personne atteinte de COVID-19, cette patiente doit être informée de ne pas se rendre à l'établissement de soins de santé pour son rendez-vous et les prestataires de soins de santé doivent contacter le service de santé local ou d'État pour signaler le cas comme étant une personne sous investigation (PSI)

Q 4 : Quels sont les procédures nécessaires pour la surveillance fœtale prénatale et les examens échographiques recommandés à suivre?

La surveillance fœtale prénatale et l'échographie doivent se poursuivre selon les indications médicales lorsque cela est possible. Les examens échographiques électifs ne doivent pas être effectués et l'échographie doit être utilisée avec prudence et uniquement lorsque son utilisation est censée répondre à une question clinique pertinente.

Il peut être approprié de reporter ou d'annuler certains tests ou examens si le risque d'exposition et d'infection au sein de la communauté l'emporte sur les avantages du test. Cependant, cela devrait être une décision prise au niveau de la pratique locale ou du centre, en équilibrant les risques et les avantages d'une exposition réduite, en complétant le test et le tout en fonction de la capacité du site. Comme pour les autres procédures de soins prénataux, la réduction des soins n'est appropriée que parce que le risque d'exposition accidentelle résultant de la réception ou de la prestation de soins peut être élevé à ce stade; le déroulement normal des tests prénataux ou de l'échographie doit reprendre lorsque ce risque diminue.



Toute modification apportée aux soins devrait être communiquée aux patientes avec une discussion sur la modification de la balance risques - avantages de se présenter au bureau/centre pour des tests ou pour une échographie dans le cadre d'une pandémie mondiale, et devrait être documentée dans le dossier médical.

Q 5: Y a-t-il des considérations particulières concernant l'utilisation d'aspirine à faible dose ou d'autres médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) pendant la grossesse ou la période du post-partum chez une femme COVID-19 suspecte ou confirmée?

L'ACOG est consciente des nouvelles suggestions sur l'utilisation d'AINS, comme l'ibuprofène, qui pourrait aggraver le COVID-19. Actuellement, l'ACOG n'a pas de preuves scientifiques établissant un lien entre l'utilisation des AINS et l'aggravation des symptômes du COVID-19. L'aspirine à faible dose doit continuer d'être proposée aux femmes enceintes et aux femmes post-partum, comme indiqué médicalement. Pour les patientes suspectes ou confirmées COVID-19 pour lesquelles une aspirine à faible dose serait indiquée, les modifications des soins peuvent être individualisées.

Q 6: Comment dois-je consulter les femmes qui envisagent un accouchement à domicile en raison des préoccupations concernant COVID-19?

Tout en sachant que de nombreuses patientes éprouvent de nouvelles préoccupations en raison de la pandémie de COVID-19, l'ACOG continue de recommander de suivre les directives existantes fondées sur des preuves concernant l'accouchement à domicile. Veuillez consulter [l'avis 697 du Comité](#), *Naissance à domicile prévue*, pour obtenir des conseils supplémentaires, y compris des conseils sur les risques et les avantages et les contre-indications absolues.

Q 7: Composantes supplémentaires aux soins prénataux qui devraient être pris en considération?

- Offrir des services de santé mentale ou de travail social ou des transferts pour fournir des ressources supplémentaires, en particulier pour les patientes qui éprouvent de l'anxiété à propos de la pandémie du COVID-19 ou qui présentent un risque accru de violence entre partenaires intimes.
- Fournir aux patientes des conseils anticipatoires améliorés concernant:
  - Tout changement potentiel à la durée de l'hospitalisation et aux soins post-partum.

- Comment communiquer au mieux avec leur équipe des soins obstétricaux, en particulier en cas d'urgence.
- Signes et symptômes du travail et quand appeler les praticiens des soins obstétricaux.
- Toute considération particulière pour l'alimentation du nourrisson.
- Vérifier auprès de leur pédiatre ou de leur médecin de famille les visites des nouveau-nés, car les pédiatres ou les médecins de famille peuvent également modifier leurs procédures et leurs rendez-vous de routine.
- Contraception du post-partum. Idéalement, toutes les méthodes de contraception devraient être discutées surtout la façon de provision des moyens contraceptifs qui est soumise à des limitations dues à la diminution des visites en personne en post-partum. Pour les patientes qui manifestent de l'intérêt pour la contraception du post-partum, les prestataires doivent discuter l'avantage supplémentaire de la contraception réversible immédiate à action prolongée (LARC): une visite supplémentaire pour le placement n'est pas nécessaire et le placement ne nécessite pas beaucoup de ressources. (Pour plus d'informations sur la ligature des trompes, veuillez consulter **Comment gérer les procédures électives pour optimiser le personnel et les ressources?**)
- Tout changement potentiel à leur équipe de soins en post-partum et à leur système de soutien. La plupart des patientes auront à vrai changé les ressources de soutien des soins attendues à domicile (p. Ex. Famille qui ne peut plus voyager, garderies qui ne sont plus disponibles). Dans la mesure du possible, les patientes doivent être connectées aux ressources de soutien communautaire.

A noter qu'il peut être nécessaire de fournir ces services ou d'autres ressources améliorées par téléphone ou par voie électronique dans la mesure du possible. Si des visites de télésanté sont prévues, les patientes devraient être pourvues de tout l'équipement nécessaire (par exemple, des brassards de tensiomètre) s'ils sont disponibles.

#### IV. Soins Intrapartum

Lorsqu'une femme enceinte suspecte ou confirmée de COVID-19 est admise et qu'un accouchement est prévu, une équipe multidisciplinaire doit être notifiée (équipes obstétricale, pédiatrique et anesthésiste)

Q 1: Le COVID-19 influence-t-il sur le moment d'accouchement?

Le moment de l'accouchement, dans la plupart des cas, ne doit pas être dicté par l'infection maternelle au COVID-19. Pour les femmes dont le COVID-19 est suspecté ou confirmé au début de la grossesse et qui se rétablissent, aucune modification du moment habituel de l'accouchement n'est indiquée. Pour les femmes soupçonnées ou confirmées de COVID-19 au cours du troisième trimestre qui se rétablissent, il est raisonnable de tenter de reporter l'accouchement (si aucune autre indication médicale ne se produit) jusqu'à ce qu'un résultat de test négatif soit obtenu ou que le statut de quarantaine soit levé pour tenter d'éviter la transmission au nouveau-né. En général, l'infection au COVID-19 n'est pas en soi une indication de l'accouchement

Q 2: COVID-19 est-il considéré comme une indication de l'accouchement par césarienne chez les patientes présentant une infection à COVID-19 suspectée ou confirmée?

Non. Actuellement, les bases de données sont très limitées et sont basées principalement sur des accouchements par césarienne, il ne semble pas y avoir de risque de transmission verticale par voie transplacentaire. De plus, les résultats entre différents individus semblent être similaires en comparant femmes enceintes et non enceintes. L'accouchement par césarienne doit donc être basé sur des indications obstétricales (foetales ou maternelles) et non pas uniquement sur le statut COVID-19.

Dans le cas où une femme enceinte demande avoir un accouchement par césarienne en raison des préoccupations liées à COVID-19, les obstétriciens-gynécologues et autres prestataires de soins obstétricaux devraient suivre les directives de l'ACOG fournies dans, *Accouchement par césarienne sur demande maternelle*.

Q 3: Comment gérer les inductions programmées du travail ou les accouchements par césarienne pour optimiser le personnel et les ressources?

Les inductions de travail et les accouchements par césarienne doivent continuer à être effectués comme indiqué. Les décisions sur la façon de planifier ces procédures au moment de la pandémie de COVID-19 sont mieux prises au niveau des établissements et des systèmes locaux, avec la contribution des professionnels des soins obstétricaux et en fonction de la disponibilité du personnel de santé, de la géographie, de l'accès aux ressources locales facilement disponibles, et en coordination avec d'autres centres.

Q 4 : Le clampage tardif du cordon est-il toujours approprié chez une parturiente qui est suspecte ou confirmée COVID-19?

Oui, le clampage retardé du cordon est toujours approprié si le cadre respecte les règlements de protection individuelle appropriée aux praticiens. Bien que certains experts aient recommandé de ne pas retarder le clampage du cordon, les preuves sont basées sur l'[opinion](#); un seul rapport a confirmé la transmission probable du COVID-19 du praticien des soins obstétricaux au nouveau-né. Les directives actuelles fondées sur des preuves pour le clampage tardif du cordon devraient continuer d'être suivies jusqu'à ce que de nouvelles preuves suggèrent un changement de pratique.

Q 5: Comment gérer les banques de sang du cordon ombilical pendant la pandémie de COVID-19?

Les maladies respiratoires ne sont généralement pas transmises par le transfert des cellules humaines. Actuellement, aucun cas de transmission de COVID-19 par les produits sanguins n'a été signalé; par conséquent, les banques de sang du cordon ombilical peuvent continuer à être gérées conformément aux directives cliniques, dans le cadre de l'équipement de protection individuelle approprié du praticien. Diverses circonstances peuvent survenir pendant le travail et l'accouchement, ce qui peut empêcher une collecte adéquate de sang du cordon. La collecte de sang du cordon ombilical ne doit pas compromettre les soins obstétricaux ou néonataux ni altérer la pratique de routine du clampage du cordon ombilical à l'exception rare des indications médicales pour un don dirigé.

## V. Soins Postpartum

Q 1: Faut-il envisager une sortie hospitalière accélérée pendant la pandémie de COVID19?

Oui. Pour limiter le risque d'exposition accidentelle et d'infection, il peut être approprié d'accélérer la sortie de l'hôpital lorsque la mère et l'enfant sont en bonne santé. Par exemple, la sortie peut être envisagée après 1 jour pour les femmes ayant subi des accouchements vaginaux non compliqués et après 2 jours pour les femmes ayant subi des accouchements par césarienne en fonction de leur statut. Une sortie précoce nécessitera une discussion avec l'équipe de soins pédiatriques de l'établissement et devrait être liée aux visites de télésanté à domicile pour la mère et l'enfant.

Q 2: Composantes supplémentaires aux soins en post-partum que vous pourriez envisager?

Voir Q 7 Soins Anténataux

A noter qu'il peut être nécessaire de fournir ces services ou d'autres ressources améliorées par téléphone ou par voie électronique dans la mesure du possible. Si des visites de télésanté sont prévues, les patientes devraient être pourvues de tout équipement nécessaire (par exemple, des brassards de tensiomètre) s'ils sont disponibles.

Q 3: Est-il approprié de modifier les approches de prestation des soins en post-partum pour diminuer le risque d'exposition au COVID-19?

Comme pour les soins prénataux, oui. (voir **Est-il approprié de modifier la prestation des soins prénatals pour diminuer le risque de propagation et d'exposition au COVID-19?** Pour des considérations importantes). Cependant, la modification ou la réduction des soins n'est appropriée que lorsque le risque d'exposition accidentelle résultant de la réception ou de la prestation de soins peut être élevé à l'heure actuelle; les approches et les horaires de soins normaux devraient reprendre lorsque ce risque diminue. Les plans de soins modifiés sont mieux élaborés au niveau local en tenant compte des populations des patientes et des ressources disponibles. Voici quelques exemples d'approches de modification des soins en post-partum qui peuvent être envisagées.

- Effectuez l'évaluation initiale en trois semaines (ou plus tôt), les vérifications des plaies et la tension artérielle par téléphone ou par télésanté, si possible.
- Retarder la visite complète du post-partum à 12 semaines, avec l'intention de voir la patiente pour l'évaluation complète en personne et d'utiliser les visites de télésanté au besoin avant 12 semaines. Cependant, il convient de noter que certaines patientes

peuvent perdre leur assurance avant 12 semaines après l'accouchement; dans ce cas, la visite complète du post-partum doit être priorisée et planifiée avant que la patiente ne perd son assurance et peut également être complétée par une visite de télésanté.

## VI. Références

<https://www.acog.org>

<https://www.acog.org/clinical-information/resource-center>

<https://www.who.int>

## VII. Remerciement

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