

GUIDE

Réponses rapides dans le cadre de la Covid-19 – Continuité du suivi des femmes enceintes

Validée par le Collège le 1er avril 2020

Mis à jour le 27 novembre 2020

L'essentiel

- **Réponse rapide n° 1** : les femmes enceintes au 3^e trimestre de grossesse et les femmes enceintes avec comorbidité(s) sont considérées comme personnes à risque présumé de développer une forme sévère de Covid-19. Les mesures barrières doivent être respectées et renforcées quel que soit le terme de la grossesse. 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 systèmes respiratoire et cardio-vasculaire de la femme enceinte et en raison du risque de prématurité.
- **Réponse rapide n° 2** : adapter les modalités de suivi de la mère et de l'enfant et d'adaptation de leur mode de vie dans un contexte de circulation active du virus 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 femme et l'enfant. Cette démarche se fonde sur des informations échangées entre eux et sur l'appréciation de la place respective des facteurs épidémiologiques, médicaux, des conditions de vie, vulnérabilités, préférences de la femme ou du couple.
- **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 de la circulation du virus sur le territoire, de l'accès aux ressources locales et des demandes de la mère ou du couple.
- **Réponse rapide n° 6** : proposer systématiquement la vaccination contre la grippe saisonnière à toute femme enceinte, quel que soit le terme de la grossesse.
- **Réponse rapide n° 7** : garder un contact régulier avec la femme enceinte, quel que soit le motif de consultation. Être attentif à la sécurité psychologique et émotionnelle de la femme enceinte 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° 8** : 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° 9** : proposer le suivi en présentiel ou en téléconsultation 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 intrafamiliale, et des préférences de la femme.

- **Réponse rapide n° 10** : adapter l'organisation du suivi des grossesses à risque, tout en renforçant la surveillance des comorbidités associées et prévalant des formes graves de Covid-19.
- **Réponse rapide n° 11** : renforcer le suivi des grossesses suspectées ou diagnostiquées Covid-19, en privilégiant la téléconsultation.
- **Réponse rapide n° 12** : préparer la naissance et la sortie précoce de maternité en maintenant les séances de préparation à la naissance grâce à la téléconsultation ou en les organisant en présentiel.

Une information claire doit être délivrée aux femmes et/ou couples quant aux modalités d'accueil à la maternité et à la présence de l'accompagnant en salle de naissance et en suites de couches.

- **Réponse rapide n° 13** : proposer un dépistage systématique par RT-PCR à toutes femmes enceintes dans les 24 h à 48 h précédant toute intervention programmée (césarienne, déclenchement) et toute hospitalisation programmée.

Lors de l'admission pour un accouchement spontané :

- si la femme est symptomatique : proposer un test antigénique (entre J1 et J4 après le début des symptômes) ou un test par RT-PCR sur prélèvement nasopharyngé (entre J5 et J7 après le début des symptômes). Si le résultat est positif : orienter la femme vers un secteur de soins adapté à la Covid ;
 - si la femme est asymptomatique, proposer un test par RT-PCR sur prélèvement nasopharyngé. Si le résultat est positif : orienter la femme vers un secteur de soins Covid.
- **Réponse rapide n° 14** : il est recommandé que la femme porte un masque chirurgical autant que faire se peut pendant la première phase du travail (changé aussi souvent que nécessaire pour garantir son efficacité) puis ôte le masque pendant la phase d'expulsion ; les professionnels de santé doivent alors porter un masque FFP2 et une protection oculaire.
 - **Réponse rapide n° 15** : préserver le lien entre le nouveau-né et ses parents chaque fois que cela est possible tout particulièrement lorsque le nouveau-né est en service de néonatalogie : participation des parents aux soins, maintien des opportunités de contact en peau à peau, soutien psychologique, allaitement maternel encouragé et soutenu.
 - **Réponse rapide n° 16** : quel que soit leur mode d'exercice, les professionnels doivent disposer et utiliser les équipements de protection individuelle (EPI) en quantité suffisante (masques chirurgicaux et FFP2, écran facial/lunettes, surblouses et surchaussures, etc.)

Sommaire

Contexte	4
Suivi des femmes enceintes en période de circulation active du virus	5
Adaptation de l'organisation des consultations et des échographies de suivi des femmes enceintes	5
Préparation à la naissance et à la parentalité	10
Admission et accouchement	11
Adaptation du travail en équipe durant la période d'épidémie	14
Une place prépondérante à donner à l'offre de soins en ville	14
Cas des femmes enceintes suspectées et/ou confirmées atteintes de Covid-19	15
Données épidémiologiques sur les complications de la grossesse des femmes positives à la Covid-19	15
Chez une personne contact asymptomatique	16
Femme enceinte présentant des signes évocateurs de Covid-19 : fièvre, toux, signes respiratoires (dyspnée) ou signes de pneumonie	16
Prise en charge des femmes enceintes ayant un résultat positif Covid-19	16
Ressources	18
Références bibliographiques	22
Méthode d'élaboration et avertissement	25

Contexte

Pendant la crise sanitaire liée à la Covid-19 et en fonction de la circulation du virus sur le territoire, des consignes sanitaires plus ou moins strictes sont mises en œuvre par les pouvoirs publics. L'organisation et la continuité du suivi des femmes enceintes doivent s'adapter à ce contexte pour garantir la qualité et la sécurité des soins.

Il n'existe pas de donnée actuelle dans la littérature permettant de grader le risque de Covid-19 grave en fonction du terme de la grossesse chez une femme sans comorbidité. Toutefois, la grossesse au 3^e trimestre chez une femme sans comorbidité représente un facteur de risque théorique de Covid-19 grave ou de complications par analogie avec d'autres infections respiratoires, non seulement pour elle-même, mais également pour le fœtus.

Les femmes enceintes avec comorbidité(s) sont à risque de forme grave de Covid-19, quel que soit le terme de la grossesse (avis HCSP du 6 octobre 2020).

Ces réponses rapides portent sur le suivi des femmes enceintes 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 en période de circulation active du virus

Dans l'objectif de réduire le risque sanitaire pour les femmes enceintes et de limiter leurs déplacements, 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 de l'organisation des consultations et des échographies de suivi des femmes enceintes

La nécessité du maintien des règles de distanciation physique 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 de travail, la prévention des risques professionnels selon l'activité exercée, notamment le risque d'exposition au SARS-CoV-2. 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'aménagement ou de changement de poste (HCSP, activité professionnelle des femmes enceintes en période de circulation du SARS-CoV-2, 6 octobre 2020).

- 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 de la 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 de la 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 aux recommandations du ministère des Solidarités et de la Santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/ivg-et-covid-19>.
- En cas de symptômes de Covid-19, prescrire le plus tôt possible un test de diagnostic. Le test antigénique est à privilégier pour ne pas retarder la réalisation d'une IVG instrumentale.

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 pose 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 bimensuel et d'adapter le suivi en fonction de la situation clinique et de l'évolution de l'épidémie.

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 et télésoin 2020).
- 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.
- 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 préexistant avant la grossesse.

Adapter l'organisation des 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](#)

Maintenir un contact régulier avec toute femme enceinte

La première priorité est de garder un contact régulier avec la femme, quel que soit le motif de consultation. Le contexte épidémique de Covid-19 accroissant les risques de troubles psychologiques et de dépression chez les femmes enceintes ou en post-partum, il est nécessaire de prévoir un soutien psycho-social pour prévenir ces risques.

Vacciner la femme enceinte contre la grippe saisonnière

La vaccination contre la grippe saisonnière pour toute femme enceinte, quel que soit le terme de la grossesse, doit être systématiquement encouragée.

Dans son avis du 30 avril 2020 relatif à la vaccination contre la grippe, 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 (avis HAS du 30/04). En effet, en situation de cocirculation 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 (calendrier vaccinal 2020 <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal>).

Dans l'état actuel des connaissances et en l'absence de données, la vaccination des femmes enceintes contre la Covid-19 n'est pas préconisée dans cette population.

Organiser le suivi des femmes à bas risque obstétrical au maximum 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 en venant sur rendez-vous.

Dans un contexte d'intensification de la circulation du virus SARS-CoV-2, il est important pour les visites au cabinet des sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, gynécologues médicaux, médecins généralistes (avis HCSP du 31 mars, complété par l'avis du 8 avril 2020) (SF2H, 15 mai 2020) :

- de promouvoir les mesures barrières : port de masque, hygiène des mains, distanciation physique ;
- et d'adapter en conséquence la prise en charge présente jugée nécessaire (recueil d'informations préalable sur d'éventuels symptômes, salles d'attente adaptées, rendez-vous espacés, etc.).

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 1^{er} novembre 2020).

Encadré 1. Point d'attention sur le port du masque au cours du suivi de grossesse

Pour les professionnels de santé :

- dans les situations de consultation de suivi, d'entretien prénatal précoce, de séances de préparation à la naissance et à la parentalité, il est recommandé que le professionnel porte un masque chirurgical ;
- il est recommandé que le professionnel porte un masque FFP2 pour la prise en charge des femmes atteintes de Covid-19 ou suspectées 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.

Pour les femmes enceintes, les recommandations dépendent du risque ou non de forme grave de Covid-19. 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 au 2^e trimestre de grossesse sont également considérées à risque de développer une forme grave de Covid-19 si elles présentent des comorbidités (HCSP, avis du 23 juillet 2020).

→ Dans la vie quotidienne, il est recommandé :

le port d'un masque lorsque les femmes se déplacent en dehors de leur domicile, 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 (spécifications 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 consultation à la 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 systématique d'un masque chirurgical.

Accompagner la femme enceinte dans l'adaptation de son mode de vie et de la poursuite de ses activités, notamment professionnelles, grâce à une démarche de décision partagée

Dans le cadre d'une situation de circulation active du SARS-CoV-2, il est important de :

- donner une information claire sur la circulation du virus, l'importance de ne pas interrompre le suivi de la grossesse, l'intérêt des mesures de prévention et de protection vis-à-vis du virus et des autres infections bactériennes et virales ;
- 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. Répéter l'importance de poursuivre leur respect strict ;
- expliquer et échanger sur les éventuels critères de vulnérabilité de la femme : risque de forme grave de Covid-19 lié au 3^e trimestre de la grossesse ou à la présence d'une ou plusieurs

comorbidités (dont obésité, diabète, maladies cardiovasculaires ou pulmonaires) (avis HCSP du 23 juillet 2020) ;

- comprendre les craintes de la femme ou du couple dans le contexte de circulation active du virus. Chercher à connaître leurs possibilités et préférences en matière de suivi (présentiel/distanciel) en tenant compte de l’adaptation proposée pour le suivi de la grossesse ;
- rechercher les facteurs de vulnérabilité sociale, psychologique et financière, les difficultés d’accès aux soins, la qualité des relations et du soutien dans 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. Mettre en lien si besoin avec un travailleur social ;
- encourager la femme à maintenir autant que possible ses activités habituelles pour son bien-être et celui des autres membres de la famille :
 - maintien d’une activité physique au minimum et d’un équilibre alimentaire correct,
 - maintien de son activité professionnelle si les conditions de travail sont favorables (avis SFMT des 10 et 23 mars 2020) (avis du HCSP du 6 octobre 2020) (Casta, 2020) (encadré 2).

Encadré 2. Point sur l’activité professionnelle des femmes enceintes

- **Dès le début de la grossesse** : identifier les situations à risque (trajet et type de transports en commun, contact avec du public, etc.), les mesures possibles à mettre en place (télétravail, poste aménageable), en lien avec le service de santé au travail afin de limiter les risques de contamination par le SARS-CoV-2 et les autres risques professionnels pouvant impacter les grossesses. Étudier au cas par cas la balance bénéfiques/risques du maintien au travail : se référer au service de santé au travail de la femme enceinte salariée qui évalue le risque de transmission du virus à chaque poste de travail ainsi que les mesures de protection en place.
- **Pour les femmes au 3^e trimestre de grossesse et celles au 1^{er} ou au 2^e trimestre de grossesse avec comorbidité(s)** : conseiller l’éviction du travail (télétravail à 100 %, mise en activité partielle, mise en autorisation d’absence ou arrêt de travail), lorsque les conditions de travail ne permettent pas d’appliquer strictement les gestes barrières lors du travail et du trajet domicile-travail, ou en cas de situation épidémiologique non contrôlée (décret n° 2020-1365 du 10 novembre 2020).
- **Pour le cas particulier des femmes enceintes travaillant comme soignantes et celles travaillant au contact des soignants** comme les agents des services hospitaliers, une adaptation de poste sera faite (avec l’accord de la personne concernée) pour retirer toute femme enceinte des secteurs accueillant des patients atteints de Covid-19. Un repositionnement sur des secteurs de soin non dédiés Covid-19 est possible au cas par cas pour les femmes enceintes au 1^{er} et au 2^e trimestre sans comorbidités et avec respect des mesures barrières renforcées en lien avec le médecin du travail.

Organiser un suivi plus fréquent 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 accompagne les femmes enceintes afin d'identifier un besoin de suivi complémentaire ou une orientation vers des ressources adaptées et de favoriser le lien avec les professionnels de la psycho-périnatalité (travailleur social).

La publication d'un répertoire des réseaux de psychiatrie est souhaitable dans chaque région (Afpa, 2020).

Adapter l'organisation du suivi des femmes présentant un risque obstétrical 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 (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 (CNOSF 6 novembre 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 barrières (masque, distanciation physique, hygiène, recueil d'informations préalable sur d'éventuels symptômes, salles d'attente adaptées, rendez-vous espacés, etc.).

Préparation à la naissance et à la parentalité

- En période de circulation intense du virus SARS-CoV-2 et de reconfinement national, il est souhaitable de **maintenir l'entretien prénatal précoce** (obligatoire depuis la modification de la loi de financement de la sécurité sociale, loi du 24 décembre 2019, article 62, entrant en vigueur le 1^{er} mai 2020) en présentiel ou à défaut en téléconsultation (d'autant plus facilement si la femme est déjà connue) 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 comme une 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 de protection en cas de danger (violence intrafamiliale, conduite suicidaire, troubles psychopathologiques, etc.)¹.
- **Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité** pourront être réalisées par les sages-femmes, de préférence en présentiel (individuel ou petit groupe si la taille du local le permet en termes de distanciation physique et d'aération) en respectant les précautions recommandées (masque, distanciation physique, règles d'hygiène) (CNOSF, 6 novembre 2020) (Union professionnelle des sages-femmes belges, 19/04/2020). La téléconsultation reste possible en fonction de l'appréciation du professionnel de santé. La participation des couples au 3^e trimestre de la grossesse est recommandée. Ces séances permettent 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.

¹ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple

Il est essentiel de préparer avec la femme ou le couple :

- **l'accouchement** : une information claire doit être délivrée aux femmes ou au couple quant aux modalités d'accueil à la maternité et règles sanitaires qui s'appliquent, dans le respect des préconisations énoncées ci-après ;
- **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 couches et par la suite au domicile.

Admission et 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, cf. ci-après).

Dépistage des parturientes lors de l'admission : en vue d'un accouchement spontané, d'une césarienne 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 deux maternités new-yorkaises 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).

La SFAR préconise un dépistage par RT-PCR sur prélèvement nasopharyngé dans les 24 à 48 h précédant une chirurgie majeure ou à risque d'aérosolisation, ou en cas de contact étroit avec un cas de Covid-19 avéré (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 comorbidité à risque de forme grave de Covid-19 (SF2H, 12/05/2020).

Compte tenu des données et des travaux de la HAS concernant les tests de dépistage, les préconisations de la HAS sont les suivantes (HAS, 5 novembre 2020).

Avant une hospitalisation programmée : la HAS recommande qu'un dépistage systématique par RT-PCR soit réalisé chez toutes femmes enceintes dans les 24 à 48 h précédant l'hospitalisation (césarienne programmée, déclenchement, chirurgie).

Lors de l'admission pour un accouchement spontané, plusieurs situations :

- cas d'une femme symptomatique, la démarche est diagnostique : la HAS recommande de réaliser un test antigénique (si les symptômes sont apparus depuis moins de 4 jours) ou un test par RT-PCR sur prélèvement nasopharyngé (si les symptômes sont apparus depuis 5 à 7 jours). Le port du masque est à maintenir même si le test antigénique est négatif ;
- cas d'une femme asymptomatique, la démarche est préventive : un test par RT-PCR sur prélèvement nasopharyngé peut être proposé pour connaître le statut infectieux de la femme. Dans les deux cas, le port du masque chirurgical est à maintenir dans l'attente des résultats

du test réalisé par RT-PCR. Si un résultat s'avère positif, la femme est orientée pour une prise en charge spécifique vers un secteur de soins Covid.

Dans les deux cas, le port du masque chirurgical est à maintenir dans l'attente des résultats du test réalisé par RT-PCR. Si un résultat s'avère positif, la femme est orientée pour une prise en charge spécifique vers un secteur de soins Covid.

Port du masque en salle de naissance

État des lieux

Le risque d'aérosolisation durant les efforts expulsifs est discuté à l'international ainsi que le type de protection recommandé pour les soignants (ACOG, CDC, RCOG, RCM, 2020). Seul le Royal College of Midwives considère le travail et l'accouchement comme une situation générant une aérosolisation. Le port ou non du masque dépend des préférences des femmes. En revanche, les soignants doivent se protéger. L'ACOG (6 novembre 2020) continue d'explorer le risque d'aérosolisation au cours du second stade du travail.

Les arguments en faveur d'un risque d'aérosolisation et d'une protection des soignants comprenant systématiquement un masque FFP2 sont : un contact long et étroit avec la parturiente le plus souvent de face, des expirations et soufflements forts, toux, cris, vomissements, une expression pouvant être proche du chant, une hyperventilation, susceptibles d'excréter du virus SARS-CoV-2 (Palatnik 2020).

Le risque de transmission est considéré maximum dès lors que le contact est prolongé dans un milieu clos et faiblement ventilé, dans une situation où une personne crie ou chante (Jones *et al.* 2020). Le risque d'aérosolisation semble être proportionnel au débit ventilatoire (SF2H, 22 septembre 2020).

De plus, une expiration forcée peut réduire considérablement l'efficacité d'un masque pour empêcher la propagation du virus par les gouttelettes respiratoires (American College of Nurse-Midwives, 2020).

En France, le CNGOF recommande le port du masque chirurgical par la femme présentant ou non des symptômes de la Covid-19 pendant les efforts expulsifs. Le port du masque est souhaitable car il protège les soignants et la femme elle-même. Il ne peut être imposé. Le CNGOF propose le recours à une visière adaptée au visage de façon à faciliter les efforts et la communication avec l'équipe soignante. Si la femme ne porte pas de masque ou porte une visière, le masque porté par les soignants doit être un masque FFP2 de manière à apporter une protection maximale au personnel de santé (avec lunettes de protection) (CNGOF, 29 septembre 2020).

De même, Le CNSF préconise que la femme asymptomatique puisse retirer son masque lors du travail et des efforts expulsifs. Le personnel soignant devra être équipé de masques FFP2, de charlotte, de lunettes de protection et de surblouse à usage unique (équipement pour acte à haut risque de contamination). Cet équipement sera à mettre en place avant le retrait du masque par la patiente. Il sera à retirer et éliminer avant toute sortie de la salle de naissance (CNSF, 27 octobre 2020).

L'INRS rappelle que la visière ou l'écran facial ne sont pas des équipements de protection respiratoire mais des équipements de protection des yeux et du visage. En milieu de soins, les écrans faciaux ne doivent pas être utilisés seuls, mais en complément d'une protection respiratoire. Le masque FFP2 protège celui qui le porte contre l'inhalation à la fois de gouttelettes et de particules en suspension dans l'air. Le port de ce type de masque est néanmoins plus contraignant (inconfort thermique, résistance respiratoire) que celui d'un masque chirurgical (INRS, 2020).

Le HCSP (note du 6 novembre 2020) reconnaît également que l'émission d'aérosols pendant la seconde phase de l'accouchement (phase d'expulsion) n'est pas clairement tranchée dans la littérature internationale. Le port du masque peut être vécu différemment par les femmes et être mal toléré.

Toutefois, en période de forte circulation virale, le HCSP considère, par précaution, que lors des efforts expulsifs avec hyperventilation, un double masquage avec le port d'un masque à usage médical (par le(s) professionnel(s) et la femme qui accouche, présentant ou non des symptômes de la Covid-19) est recommandé. Cependant le port du masque par la femme qui accouche ne doit pas être rendu obligatoire.

La HAS recommande que la femme porte un masque chirurgical autant que faire se peut pendant la première phase du travail (changé aussi souvent que nécessaire pour garantir son efficacité) puis ôte le masque pendant la phase d'expulsion ; les professionnels de santé doivent alors porter un masque FFP2 et une protection oculaire ; l'accompagnant porte également un masque FFP2.

Place de l'accompagnant 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. Une information claire doit être délivrée aux usagers quant aux modalités d'accueil à la maternité. 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%252Fpreferentiels%252FCOVID-19%252FMATERNITE%2B-%2BCOVID%252FCOVID-accompagnants-accouchement.pdf> Sa présence est à encourager dès le début du travail. Les protocoles du service seront à respecter (CNSF, 1^{er} novembre 2020).
- **En suites de couches** : l'accompagnant peut suivre la mère et l'enfant dans la chambre en suites de couches selon certaines conditions (CNGOF, 29 septembre 2020). Les visites à la maternité doivent se limiter à la présence du co-parent afin de favoriser la mise en place du lien parent-enfant ou de la personne de confiance choisie par la parturiente. Le CNSF recommande que le co-parent ou la personne de confiance asymptomatique puisse accompagner la mère et l'enfant tout au long du séjour et en respectant les mesures en vigueur (CNSF, 1^{er} novembre 2020).

La HAS estime que la présence de l'accompagnant en salle de naissance est souhaitable au soutien continu, individuel et personnalisé dont doit bénéficier la femme au cours du travail et de l'accouchement.

La HAS recommande la recherche systématique des signes cliniques de Covid-19 chez l'accompagnant.

L'admission en salle de naissance d'un accompagnant asymptomatique doit se faire dans le respect strict des gestes barrières et des règles sanitaires demandées par l'établissement.

Un accompagnant symptomatique dont le statut infectieux est avéré Covid + ne peut pas être admis en salle de naissance (ou au bloc en cas de césarienne). Toutefois, un test antigénique peut être réalisé et lui permettre d'être admis en salle de naissance si le résultat est négatif en respectant strictement les mesures barrières et la distanciation physique.

Dans tous les cas, l'accompagnant porte systématiquement un masque FFP2 ainsi que les soignants lors de la phase d'expulsion.

La maternité doit disposer de matériels de protection adéquats suffisants (masque FFP2, visière ou écran facial, lunettes...) et d'une équipe en nombre suffisant pour veiller à l'application de ces règles sans impacter le bon fonctionnement des services.

En cas d'hospitalisation du nouveau-né en service de néonatalogie

Dans le respect des gestes barrières, l'accès des parents et leur rôle doivent être favorisés et accompagnés. Les adaptations ou aménagements nécessaires sont discutés et décidés en équipe.

Il est essentiel de poursuivre des soins de développement centrés sur l'enfant et ses parents en sus des soins techniques. Les deux parents doivent avoir un accès préservé à leur enfant : participation soutenue aux soins, opportunités de contact en peau à peau maintenues, soutien psychologique. L'allaitement maternel doit être encouragé et soutenu. En cas de situation de parents Covid-19 positifs, sont prévus : un accès minimal préservé de la mère à son bébé hospitalisé (ou si impossible du père) jusqu'à la fin du confinement clinique puis accès standard pour les deux parents ; un accueil sécurisé et organisé ; un soutien de l'unité familiale (moyens audiovisuels) en cas d'impossibilité absolue de contact.

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 et l'accompagnement des grossesses à haut risque, des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité sociale ou psychologique.

Une place prépondérante à donner à l'offre de soins en ville

Les établissements doivent mettre à jour régulièrement une liste des sages-femmes libérales susceptibles d'assurer le suivi des femmes enceintes pour renforcer le lien ville/hôpital et la mettre à disposition des professionnels et des femmes. Dans un contexte épidémique, le rôle des réseaux de périnatalité est essentiel pour la continuité des soins. De même pour les PMI qui 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 la disponibilité et l'accessibilité aux moyens de protection individuelle (masques FFP2, chirurgicaux, lunettes/visière ou écran facial, 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 12 mai 2020) (avis du HCSP du 8 avril 2020) (CNSF du 1^{er} novembre 2020) (CNOSF du 6 novembre 2020).

Dans ce contexte de circulation intense du virus, le Collège national des sages-femmes de France (CNSF) a actualisé une liste des actes des sages-femmes libérales avec, d'une part, ceux identifiés à risque de contamination et, d'autre part, ceux réalisables le cas échéant en téléconsultation (CNSF, 1^{er} novembre 2020).

L'ensemble de ces mesures vise à renforcer le rôle des soins en ville afin de faciliter la prise en charge des femmes enceintes et en particulier celles atteintes de la Covid-19 par les équipes obstétricales en établissement de santé.

L'organisation du suivi des femmes enceintes est à moduler en fonction de l'évolution de la circulation du SARS-CoV-2 sur le territoire ainsi que de l'accès aux ressources locales.

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

Données épidémiologiques sur les complications de la grossesse des femmes positives à la Covid-19

Le suivi de femmes enceintes et non enceintes ayant eu une infection par SARS-CoV-2 prouvée en laboratoire (n = 8207 entre janvier et juin 2020) a montré que 31,5 % des femmes enceintes ont été hospitalisées, contre 5,8 % des femmes non enceintes. Après ajustements (comorbidité, âge, ethnicité), les femmes enceintes semblaient 5,4 fois plus susceptibles d'être hospitalisées (95 % IC 5,1-5,6) et 1,5 fois plus susceptibles d'être admises en soins intensifs (95 % IC 1,2-1,8). Cependant, la raison de l'hospitalisation (en lien ou pas avec la Covid-19) n'était pas documentée et la mortalité était identique dans les deux groupes (Ellington, juin 2020).

La description des cas graves de Covid-19 admis en réanimation rapportés du 16 mars au 17 mai 2020 en France montre que 17 femmes enceintes ont été admises en réanimation (soit < 1 % des personnes dont l'état a justifié une admission en réanimation) et aucun décès n'a été déploré (Santé publique France, BEH du 21 mai 2020).

Une étude française a recensé, entre mars et avril 2020, 489 cas non sévères chez 617 femmes enceintes positives à la Covid-19. Parmi elles, 93 femmes (15,1 %) ont eu besoin d'une oxygénation non invasive et 35 autres femmes en situation critique ont eu besoin d'une ventilation invasive (5,7 %). La sévérité de la maladie était associée à un âge > 35 ans, une obésité, un diabète préexistant, une prééclampsie antérieure, une hypertension gestationnelle et une prééclampsie. Une femme en situation critique est décédée (Kayem *et al.*, 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, comparative-ment aux femmes en population générale. Chez ces femmes, les taux de césariennes varient entre 80 et 90 % et les taux de naissances prématurées varient entre 20 et 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).

Aucune malformation n'a été décrite à ce jour en lien avec le SARS-CoV-2 (HCSP, rapport du 23 juillet 2020).

Chez une personne contact asymptomatique

Chez la femme enceinte, la conduite diagnostique à tenir est la même qu'en population générale (HAS – [Prise en charge de premier recours des patients suspectés de Covid-19](#), 5 novembre 2020).

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

En cas de suspicion d'infection (fièvre, toux, dyspnée, agueusie, anosmie, asthénie ou céphalées ou myalgies de survenue brutale et inexplicables), 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 (et/ou le médecin assurant le suivi obstétrical), 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 prévenant si possible de son arrivée (par la mise à disposition d'un numéro dédié) et en signalant à son arrivée son risque infectieux (port de masque et isolement).

Chez une femme symptomatique sans signe de gravité

La conduite diagnostique à tenir est la même qu'en population générale (HAS – [Prise en charge de premier recours des patients suspectés de Covid-19](#), 5 novembre 2020).

Si une échographie de dépistage était programmée chez une femme suspectée ou confirmée Covid-19, celle-ci peut être décalée mais la réalisation d'un test antigénique, réalisé dans les conditions précitées, peut permettre de réaliser l'examen dans la limite des dates imparties pour cette échographie.

Prise en charge des femmes enceintes ayant un résultat positif Covid-19

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.

Le suivi doit être attentif pendant les deux premières semaines d'évolution, correspondant à la période pendant laquelle une aggravation rapide est susceptible de survenir.

Un suivi plus rapproché ou plus prolongé peut parfois être nécessaire entre J6 et J12 en cas de facteur de risque de forme grave. Il est le même qu'en population générale (HAS – [Prise en charge de premier recours des patients suspectés de Covid-19](#), 5 novembre 2020).

Les pneumopathies, quelle qu'en soit l'étiologie, sont une cause importante de morbi-mortalité chez les femmes enceintes. Ainsi, les patientes développant une pneumopathie devraient être hospitalisées. Les patientes avec des pneumopathies seraient également plus à risque de rupture prématurée des membranes, d'accouchement prématuré, de mort fœtale *in utero*, de retard de croissance intra-utérin et de décès néonatal (HCSP, rapport du 23 juillet 2020).

La femme doit être informée des éléments de surveillance devant l'amener à une réévaluation médicale : surveiller sa température et l'apparition de symptômes d'infection respiratoire (toux, difficultés à respirer) ; et les règles de protection intrafamiliales doivent lui être expliquées (CNGOF, 29 septembre 2020).

Toute patiente présentant des signes de gravité ou présentant des comorbidités aggravantes doit être prise en charge en milieu hospitalier.

Prise en charge aux urgences obstétricales

Les recommandations du CNGOF décrivant la prise en charge aux urgences obstétricales rappellent les critères d'hospitalisation et soulignent qu'il n'y a pas d'hospitalisation systématique d'une femme enceinte avec infection confirmée ou en attente du résultat (CNGOF, 17 mars et 29 septembre 2020).

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

- Contact toutes 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 7 jours de la femme, de son conjoint et des proches vivant à leur domicile (remise et explication des consignes de surveillance et des précautions d'hygiène à respecter). La consultation de suivi est réalisée préférentiellement en présentiel (HAS, 5 novembre 2020).
- Consultation avec un médecin 3 semaines après une hospitalisation.

Suivi de la femme enceinte après guérison

Après guérison, du fait du manque de connaissances sur les conséquences de la maladie, un suivi clinique des femmes enceintes et de leur enfant à naître par un médecin spécialiste de l'obstétrique est recommandé. Les échographies supplémentaires seront discutées au cas par cas en fonction de la gravité des symptômes maternels (pas de risque tératogène connu, mais vérification de la croissance fœtale, du volume de liquide amniotique). Il n'y a pas d'impact sur le terme ou le mode d'accouchement (CGNOF, 29 septembre).

Impact fœtal

Selon le rapport du HCSP, les données sont très limitées sur l'effet potentiel sur l'issue fœtale et l'état néonatal via une potentielle transmission materno-fœtale. Aucune malformation n'a été décrite à ce jour en lien avec le SARS-CoV-2 (HCSP, rapport du 23 juillet 2020).

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 (Peyronnet, mai 2020) :

- 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 la Covid-19. Elles viennent compléter les sites, documents et guides développés par les sociétés savantes.

Voir toutes les [réponses rapides dans le cadre de la 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_telsoin.pdf
- Haute Autorité de santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2020. 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. Réponses rapides dans le cadre de la Covid-19 – Interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse à la 8^e et à la 9^e semaine d'aménorrhée (SA) hors milieu hospitalier [9 avril 2020]. 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. Avis n° 2020.0030/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 de 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. Réponses rapides dans le cadre de la Covid-19 – Accompagner les patients ayant une maladie chronique et/ou à risque de forme grave de Covid-19 pendant la période de confinement en ville. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2020 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-05/rr_covid_mal_chron_deconfinement_miseen_ligne_vd.pdf
- Haute Autorité de santé. Réponses rapides dans le cadre de la Covid-19 – Prise en charge de premier recours des patients suspectés de Covid-19. Saint-Denis La

Plaine : HAS ; 2020 https://www.has-sante.fr/jcms/p_3190801/fr/prise-en-charge-de-premier-recours-des-patients-suspectes-de-covid-19-apres-la-levee-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 sages-femmes de France (CNSF) <https://www.cnsf.asso.fr/>
- Conseil national de l'ordre des sages-femmes (CNOSF) <http://www.ordre-sages-femmes.fr/>
- Conseil national professionnel des sages-femmes (CNP-SF) <https://www.afsfa.fr/page/887511-cnp-sf>
- 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.sfpediatrie.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 bébés (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 relatif à l'opportunité de recommandations spécifiques pour certaines personnes pouvant être considérées comme particulièrement vulnérables parmi les personnes à risque de forme grave de Covid-19. 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>
- Haut Conseil de santé publique. Avis du 23 juillet 2020 relatif à l'actualisation des connaissances scientifiques sur la transmission du virus SARS-CoV-2 par aérosols et des recommandations sanitaires. Paris : HCSP ; 2020 <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=894S>
- Haut Conseil de santé publique. Avis du 6 octobre 2020 relatif à l'activité professionnelle des femmes enceintes en période de circulation du SARS-CoV-2. Paris : HCSP ; 2020 <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=929>
- Haut Conseil de la santé publique. Lettre du 6 novembre 2020. La question du port du masque chez les femmes qui accouchent dans le contexte de la pandémie de Covid-19. Paris : HCSP ; 2020 <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=942>

- 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>
- Conseil national des sages-femmes ; Association nationale des sages-femmes libérales ; Organisation nationale syndicale des sages-femmes. 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. 01/11/2020. Paris : CNSF ; 2020 https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2020/05/2020.05.06_Pre%CC%81conisation-CNSF-de%CC%81confinement.pdf
- Conseil national de l'ordre des sages-femmes. Guide pour la prise en charge des patientes en cabinet de ville pendant la crise sanitaire de la Covid-19. 06/11/2020. Paris : CNOSF ; 2020
- <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Guide-PEC-Patientes-V3.pdf>
- Union professionnelle des sages-femmes belges. Plan de relance de l'activité sages-femmes Covid-19 (19/04/2020). Bruxelles : UPSFB ; 2020 https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/relance_sf_19_avril_2020.pdf
- Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Assistance des accompagnants à l'accouchement. 27 mars 2020. Paris : CNGOF ; 2020 <http://www.cngof.fr/component/rsfiles/apercu?path=Clinique%252Freferentiels%252FCOVID-19%252FMATERNITE%2B-%2BCOVID%252FCOVID-accompagnants-accouchement.pdf>
- Collège national des gynécologues et obstétriciens 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/apercu?path=COVID-19%252FMATERNITE%2B-%2BCOVID%252FCOVID-19-CNGOF.pdf&i=35659>
- Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Protocole de gestion des cas contacts, possibles ou confirmés (30/09/2020). Paris : CNGOF ; 2020 <http://www.cngof.fr/component/rsfiles/apercu?path=Clinique/referentiels/COVID-19/MATERNITE%20-%20COVID/2020-09-29-reco-collegiale-cas-covid19-gestion.pdf>
- 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-archive.php?ref=10>
- Covid-19 – Préconisations du CNSF pour la pratique des sages-femmes en période de confinement. Version du 1er novembre 2020 https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2020/11/2020.10.27_preconisations-CNSF_2eme-vague.pdf
- Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Position sur la présence d'un accompagnant en maternité dans le contexte de Covid-19. Mise à jour. Paris : CNGOF ; 2020 <http://www.cngof.fr/coronavirus-go-cngof/apercu?path=COVID-accompagnants-accouchement-2.pdf&i=36371>
- Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Position sur le port du masque en salle de naissance. [29 septembre] Paris : CNGOF ; 2020 <http://www.cngof.fr/component/rsfiles/apercu?path=Clinique/referentiels/COVID-19/MATERNITE%20-%20COVID/2020-09-29-reco-collegiale-cas-covid19-gestion.pdf>

- 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. Paris : 2020 <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>
- 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 : 2020 https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid_19_fiche_medecin_v16032020finale.pdf
- Société française d'hygiène hospitalière. Transmission du SARS-CoV-2 : air ou gouttelettes ? Quelle protection pour les soignants ? – Mise à jour des connaissances [22 septembre]. Lyon : SF2H ; 2020 <https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2020/09/Mise-a%CC%80-jour-transmission-aeroportee-du-SARS-C-oV-2.pdf>
- 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>
- Société française d'hygiène hospitalière. Avis du 17 mai 2020 relatif à l'emploi des différents types de masques à usage médical en milieux de soins (établissements sanitaires, établissements médico-sociaux et en ambulatoire). Lyon : SF2H ; 2020 <https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2020/02/Avis-SF2H-masque-%C3%A0-usage-m%C3%A9dical-17mai2020.pdf>
- Society of Obstetric Anesthesia and Perinatology. Interim considerations for obstetric anesthesia care related to Covid-19 (5 avril 2020) https://soap.org/wp-content/uploads/2020/04/SOAP_COVID-19_Obstetric_Anesthesia_Care_040520.pdf
- Société française d'anesthésie et de réanimation. Préconisations pour l'adaptation de l'offre de soins en anesthésie réanimation dans le contexte de pandémie de Covid-19. Version mai 2020. Paris : SFAR ; 2020 <https://sfar.org/preconisations-pour-ladaptation-de-loffre-de-soins-en-anesthesie-reanimation-dans-le-contexte-de-pandemie-de-covid-19/>
- Centre for effective practice, McMaster University, Ontario College of Family Physicians, Nurse Practitioners' Association of Ontario. Covid-19: Clinical and Practical Guidance for Primary Care Providers. [13 novembre]: CEP; 2020 <https://tools.cep.health/tool/covid-19/#personal-protective-equipment-ppe>
- Décret du 05/05/2020 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/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000041849680&categorieLien=id>
- 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&dateTexte=20200424>
- Royal College of Midwives; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Guidance for antenatal and postnatal services in the evolving coronavirus (Covid-19) pandemic. Version 3 [21 october 2020]. London: RCOG; 2020 <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2020-10-21-guidance-for-antenatal-and-postnatal-services-in-the-evolving-coronavirus-covid-19-pandemic-v3.pdf>
 - Loi du 24 décembre 2019 sur de financement de la sécurité sociale, article 62, entrant en vigueur le 1^{er} mai 2020 <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000039675317&categorieLien=id>
 - Ministère des Solidarités et de la Santé. Calendrier vaccinal 2020 <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal>

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 interassociatif autour de la naissance et de l'enfant (CIANE) depuis son site <https://ciane.net/2020/04/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. 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-medicine.fr/communique-de-lacademie-covid-19-grossesse-et-accouchement/>
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. Covid-19 Obstetric preparedness manual. 20 April 2020. Washington: ACOG; 2020. <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/files/pdfs/education/covid-19-obstetric-preparedness-manual.pdf>
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. Precautions for Health Care Personnel: Personal protective equipment [6 novembre 2020] : ACOG; 2020.
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. Casta N, Sentilhes L, Brochard P, Bonnetterrem V, Dewitsee JD, Gehanno JF, et al. Impact de l'infection par le SARS-CoV2 chez la femme enceinte et ses conséquences en santé au travail [In press]. Arch Mal Prof Environ 2020. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/j.admp.2020.09.001>

7. Centers for Disease Control and Prevention. Interim considerations for infection prevention and control of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in inpatient obstetric healthcare settings [20 may] [En ligne] 2020. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/inpatient-obstetric-healthcare-guidance.html>
8. 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)
9. Collège national des gynécologues et obstétriciens français, Peyronnet V, Sibiude J, Deruelle P, Huissoud C, Lescure 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>
10. Collège national des gynécologues et obstétriciens 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/>
11. 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>
12. Dotters-Katz SK, Hughes BL. Considerations for obstetric care during the COVID-19 pandemic. *Am J Perinatol* 2020. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0040-1710051>
13. Ellington S, Strid P, Tong VT, Woodworth K, Galang RR, Zambrano LD, et al. Characteristics of women of reproductive age with laboratory-confirmed SARS-CoV-2 infection by pregnancy status - United States, January 22-June 7, 2020. *MMWR. Morb Mortal Weekly Report* 2020;69(25):769-75. <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6925a1>
14. 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]. *MedRxiv* 2020. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1101/2020.04.11.20062356>
15. 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>
16. 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>
17. Jones NR, Qureshi ZU, Temple RJ, Larwood JPJ, Greenhalgh T, Bourouiba L. Two metres or one: what is the evidence for physical distancing in covid-19? *BMJ* 2020;370:m3223. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m3223>
18. Kayem G, Lecarpentier E, Deruelle P, Bretelle F, Azria E, Blanc J, et al. A snapshot of the Covid-19 pandemic among pregnant women in France. *J Gynecol Obstet Hum Reprod* 2020;49(7):101826. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jogoh.2020.101826>
19. 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>

20. Palatnik A, McIntosh JJ. Protecting labor and delivery personnel from COVID-19 during the second stage of labor. *Am J Perinatol* 2020;37(8):854-6. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0040-1709689>
21. Peyronnet V, Sibiude J, Deruelle P, Huissoud C, Lescure X, Lucet JC, et al. Infection par le SARS-CoV-2 chez les femmes enceintes : état des connaissances et proposition de prise en charge par CNGOF. *Gynecol Obstetr Fertil Senol* 2020;48(5):436-43. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gofs.2020.03.014>
22. Royal College of Midwives. Face-coverings and care in labour for all women. London: RCM; 2020. <https://www.rcm.org.uk/media/4151/clinical-briefing-face-mask.pdf>
23. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Midwives. Coronavirus (COVID-19) Infection in pregnancy. Version 12 [14 octobre 2020]. London: RCOG; 2020. <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2020-10-14-coronavirus-covid-19-infection-in-pregnancy-v12.pdf>
24. Santé publique France. Covid-19. Point épidémiologique hebdomadaire du 21 mai 2020. Saint-Maurice : SPF; 2018. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/bulletin-national/covid-19-point-epidemiologique-du-21-mai-2020>
25. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, Elwood C, Raeside A, Boucoiran I, Van Schalkwyk J, Money D, et al. Opinion de comité n°400 : COVID-19 pendant la grossesse [27 juillet] : SOGC; 2020. https://www.sogc.org/common/Uploaded%20files/Media%20Updates/FR_Statement-COVID_Pregnancy.pdf
26. 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
27. 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>
28. 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>
29. 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>
30. 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 collégalement 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 le Collège de la HAS en date du 27 novembre 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 national 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 interassociatif 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.