

	RECOMMANDATIONS RÉGIONALES COVID 19	Création : Date : 18/03/2020
		Validation technique direction métier : DOS Date : 19/03/2020
		Approbation Cellule Doctrine Date : 20/03/2020
		Validation CRAPS Date : 20/03/2020
COVID-19 011	MATERNITES	Version : 1 Date : 20/03/2020
		Diffusion : Partenaires extérieurs Site Internet ARS

Préambule

- Modalités de rédaction : Ces recommandations sont issues de réflexions menées au sein d'un groupe expert et validées par le CNGOF - Collège national des Gynécologues-Obstétriciens français et de la Collégiale de Gynécologie Obstétrique d'Île de France. Rédaction ARS-IDF/DOS

Contacts : olivier.picone@aphp.fr, marc.dommergue@aphp.fr, francois.goffinet@aphp.fr

- Relecture par un groupe d'experts : hygiéniste (Pierre Frange), GO responsable Cellule de Transfert in utero (Alexandra Benachi), virologue (Christelle Vauloup-Fellous), soins critiques et soins non programmés (Romain Hellmann) et anesthésistes-réanimateurs (Marie-Pierre Bonnet) et par des représentants des maternités privées (URPS *Dr Olivier Camagna*), de la FHP, des néonatalogistes, des maternités d'établissements de santé de 2^e et 3^e lignes (cf. la liste des personnes ayant participé à la rédaction, en annexe) et réunion téléphonique de synthèse le 17/03/2020.
- Elles évolueront avec le développement des connaissances sur le COVID-19, en cohérence avec les orientations nationales et régionales.

Objet du document

- **Périmètre d'application**
 - Patients : femmes enceintes (suspectes ou confirmées) avec infection au COVID-19 et leurs nouveau-nés
 - Structures concernées : maternités et leurs personnels
- **Objectif** : Aider les maternités à la prise en charge optimale des patients, dans le respect de la protection de leur entourage et des personnels ainsi que des contraintes d'organisation tant au niveau local que régional.

Prise en charge des patients - usagers

1. Définition des cas possibles

Toute patiente fébrile et / ou avec des signes respiratoires (dyspnée ou autres signes de pneumonie: toux sèche, douleurs thoraciques, ...) parfois à la suite de troubles digestifs.

2. Principes généraux

Tous les services doivent s'organiser dans leur établissement en coordination avec la cellule de crise mise en place dans le cadre de l'application du plan blanc ; et plus spécifiquement avec le référent de l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) ou le référent risques épidémiologique et biologique (REB).

À l'accueil de maternité, port de masques chirurgicaux par le personnel (changés toutes les 4h) et par toute femme enceinte avec de la fièvre et/ou des signes cliniques évoquant un cas possible et ci-dessus rappelés. Du fait de la situation épidémique, extension du port de masque chirurgical à tout personnel de maternité en contact avec des patientes et leurs nouveau-nés.

Le COVID-19 est un élément à intégrer de façon anticipée dans les parcours décrits à partir de la consultation d'urgence. Les autres causes de fièvre pendant la grossesse sont à rechercher. Le prélèvement naso-pharyngé pour test PCR est à réaliser par un personnel formé dans les conditions de sécurité recommandées, pour toute femme enceinte avec signes cliniques faisant suspecter le COVID-19.

La santé de la mère et celle de l'enfant à naître sont à prendre en compte conjointement pour le lieu d'accouchement. En l'absence de signes de gravité du COVID-19, appliquer les règles habituelles au sein du réseau périnatal ou avec l'aide de la cellule transfert in utéro (TIU) si besoin. En cas de signes de gravité, la prise en charge est à faire dans le service adapté à l'état maternel selon l'avis du REB et/ou l'avis de l'anesthésiste –réanimateur de la maternité et du réanimateur de garde du service COVID + chez les patientes oxygéné-requérantes, dans un établissement avec centre périnatal adapté au terme (cf listes en annexe).

3. CAT pratique aux Urgences obstétricales

Le personnel d'accueil des urgences doit porter un masque chirurgical, changé toutes les 4 h.

cf. Recommandations régionales : Protéger les professionnels de santé et les patients COVID19 + - ARS IDF- Date : 10/03/20

Prendre les précautions gouttelettes et contact

- Faire porter un masque chirurgical à la patiente
- L'installer dans un box ou une pièce fermés, apposer l'affiche « isolement » sur la porte (isolement respiratoire ET contact)
- Appeler le médecin senior (astreinte à prévoir si activité ++)
- **Pour les soignants** : masque chirurgical, gants non stériles et sur blouse à ôter **avant de sortir** (et à éliminer avec les déchets d'activités de soins à risque infectieux DASRI) ; masque, charlotte, **à ôter à l'extérieur** (élimination DASRI), les lunettes sont désinfectées avec un produit revendiquant la norme de virucide (EN 14476)
- Désinfecter l'appareil d'échographie et/ou de monitoring (avec un produit virucide)

Autres mesures :

- **AUCUN accompagnant** : réorienter vers domicile et mesures d'isolement (rester à domicile 14 jours et porter un masque chirurgical - **qu'il faudra prescrire**. Mesures à lever si finalement patiente non infectée et à confirmer par cellule REB si est infectée.
-

4. Prélèvement naso-pharyngé pour le test PCR

Indication : tout cas possible chez une femme enceinte symptomatique

Réalisation par du personnel médical formé (SF ou médecin) porteur d'un masque FFP2, Equipement de protection individuel (EPI)

Test diagnostique initial SARS-Covid-2 sur prélèvements Virocult standard (cf protocole annexe I), un seul écouvillon

Cf. vidéo sur qualité du prélèvement : <https://www.youtube.com/watch?v=DVJNWefmHjE>

Les règles strictes du prélèvement, conditionnement, acheminement et traitement au laboratoire et circuit du résultat doivent avoir été clairement organisés.

Certains laboratoires de ville vont désormais pouvoir faire la recherche de SARS-Covid-2.

En l'absence de signe de gravité et en s'assurant de la récupération du résultat, cette possibilité doit être envisagée au sein de chaque structure selon les ressources locales.

Éliminer toute autre cause de fièvre chez la femme enceinte

- Autres examens biologiques non sanguins ou à visée microbiologique à réaliser selon règles strictes et circuit de résultat à anticiper (cf supra).
- Les prélèvements sanguins sont réalisables par l'infirmière, dans le circuit normal.

5. Discussion sur l'hospitalisation

- ⇒ **PAS D'HOSPITALISATION SYSTEMATIQUE** de mère en l'attente du résultat ou avec infection confirmée en l'absence de signes de gravité ou d'autre indication obstétricale.

CRITERES D'HOSPITALISATION POUR COVID-19

Critères d'hospitalisation conventionnelle

- Pneumopathie aigue communautaire (PAC)
- Hypoxémiante oxygéo-requérante (saturation en O² <98% et fréquence respiratoire >22 / min en air ambiant)
- Infection respiratoire aigüe basse + comorbidités *

Critères d'hospitalisation en réanimation

- Critères d'entrée PAC hypoxémiante oxygéo-requérante + comorbidités* ou PaO² ≤ 70 mm Hg

* Comorbidités reconnues

- Insuffisance rénale chronique dialysée
- Insuffisance cardiaque stade NYHA III IV
- Cirrhose ≥ stade B
- Diabète insulino-dépendant ou requérant compliqué (micro ou macro angiopathie)
- Insuffisance respiratoire chronique sous oxygénothérapie ou asthme ou mucoviscidose ou toute pathologie chronique qui peut décompenser pendant une infection virale
- Immunodépression (médicamenteuse, VIH non contrôlé ou CD4 <200/mm)
- Greffe d'organe.
- Hémopathie maligne, Cancer métastasé
- Par analogie avec la grippe : patiente au troisième trimestre de la grossesse et/ou en surpoids

⇒ En l'absence de critère d'hospitalisation

- Patiente prélevée négative : Garder le masque chirurgical tant que subsistent des symptômes respiratoires, pour éviter de transmettre un autre agent infectieux responsable des symptômes. Pas de surveillance particulière.
- Patiente prélevée positive : garder le masque à l'extérieur, **Procédure de surveillance ambulatoire selon les recommandations en vigueur**. La patiente doit être contactée tous les 48 h pour prendre des nouvelles de son état, une aggravation ultérieure étant toujours possible. Elle doit respecter les mesures de confinement à domicile pendant 14 jours, ainsi que son conjoint. Proposer un outil numérique de télésurveillance (soit plateforme *covidom* soit *terr-esanté*, cf. référence en annexe). Un cahier peut être instauré, avec identification et coordonnées, pour organiser la traçabilité des résultats à récupérer et traçabilité des appels. Privilégier la téléconsultation quand cela est possible. Après guérison, du fait du manque de connaissances sur les conséquences de la

maladie : le suivi est recommandé par un médecin; discuter au cas par cas des échographies obstétricales supplémentaires, en fonction de la gravité des symptômes maternels (pas de risque tératogène connu, mais vérification de la croissance fœtale) ; pas d'impact sur le terme ou le mode d'accouchement à prévoir dans l'état actuel des connaissances.

- Patiente non prélevée ou résultat en attente : à considérer par défaut comme positive. Le retour à domicile est possible en l'attente des résultats, en respectant les mesures d'hygiène et de surveillance.

Dans tous les cas

- Informer des éléments de surveillance devant amener la patiente à une réévaluation médicale : Surveillance de la température et de l'apparition de symptômes d'infection respiratoire (toux, difficultés à respirer...).
- Expliquer les règles de protection intrafamiliales et communautaires
 - Rester à domicile.
 - Au sein du logement : rester dans une pièce spécifique, en évitant autant que possible les contacts avec les autres occupants du domicile. Si possible, une salle de bain et des toilettes spécifiques sont à privilégier. Dans le cas contraire, il est recommandé de porter un masque, de se laver les mains très fréquemment, de ne pas toucher d'objets communs et de laver pluri-quotidiennement les surfaces fréquemment touchées (poignées porte, poignée frigo, chasse-d'eau, robinetteries, téléphones, interrupteurs etc.).
 - Il est déconseillé de recevoir des visites sauf celles vraiment indispensables.
 - Éviter tout contact avec les personnes fragiles (autres femmes enceintes, malades chroniques, personnes âgées...).
 - Limiter au maximum les déplacements, ne pas utiliser les transports en commun.
 - En cas de déplacement vraiment indispensable (courses alimentaires...), porter un masque en continu. Respecter les distances de sécurité avec les autres personnes. Désinfecter les surfaces avec lesquelles on a été en contact (volant de voiture...)

⇒ **En cas de critères d'hospitalisation**

- *Cas possible ou confirmé avec signes de détresse respiratoire*

Hospitalisation en service adapté à la prise en charge COVID19 **en admission directe après accord avec le service receveur**, d'un établissement COVID de niveau 1 ou 2 **avec** centre périnatal adapté à l'âge gestationnel, selon les protocoles locaux et l'algorithme d'orientation des soins critiques.

- *Cas confirmé et absence de signes de détresse respiratoire*
 - Si l'établissement dispose d'un service de médecine adapté voire une possibilité de réanimation en cas d'aggravation : hospitalisation **au sein de l'établissement en unité d'obstétrique** adaptée à l'âge gestationnel;
 - Sinon transfert en admission directe au sein d'un service de gynécologie obstétrique adapté à l'âge gestationnel d'un établissement COVID. Ce transfert s'effectue après accord avec le service receveur.

- *Cas possible en l'attente des résultats et en l'absence de signes de détresse respiratoire*

Hospitalisation pour motif obstétrical supplémentaire au COVID-19 ou comorbidité ou impossibilité de surveillance ambulatoire, en unité d'obstétrique adaptée à l'âge gestationnel.

6. CAT en hospitalisation dans le service de gynéco-obstétrique ou service de médecine en dehors de l'urgence

- Prendre les précautions gouttelettes et contact (cf. supra), limiter le nombre d'intervenants
- Visites par Sage-femme, Interne et Sénior en respectant les mesures d'hygiène. Pas d'étudiants en médecine ou d'élèves sages-femmes
- Prélèvements sanguins, Prises de constantes possibles par Infirmière avec respect des mesures d'hygiène et de protection.
- Surveillance et prise en charge prénatale
 - Pratiquer un enregistrement du rythme cardiaque fœtal (RCF) une fois par jour.
 - La réalisation d'une cure de corticoïdes à visée de maturation fœtale doit être réservée aux cas de risque d'accouchement prématuré très important. En cas de prématurité induite liée à un syndrome de détresse respiratoire, la balance bénéfique risque doit être évaluée en multidisciplinaire.
- À la sortie : confinement de 14 jours au total ainsi que son conjoint et les autres personnes du domicile (enfants). Appliquer le protocole de surveillance ambulatoire. Privilégier la téléconsultation quand cela est possible et appliquer les mêmes règles qu'après la guérison sans hospitalisation (cf. supra).
- L'impact fœtal peut se faire de manière indirecte par l'hypoxie maternelle. Il n'y a donc pas lieu de faire de prise en charge spécifique de diagnostic prénatal des patientes infectées, sauf dans des circonstances rares :
 - 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)
 - Pneumonie sévère sans hypoxie grave : des échographies de croissance peuvent se discuter par analogie avec le SRAS.

7. CAT en cas d'urgence obstétricale : passage en salle de naissance

En l'attente du résultat du prélèvement virologique → considérer la patiente comme infectée jusqu'à preuve du contraire. Les services de maternité doivent anticiper cette possibilité en prévoyant à l'avance quelle salle de travail privilégier pour des raisons ergonomiques et de circulation des personnes.

- Installation : passage en salle de travail dédiée de la patiente seule (aucun accompagnant, sauf si les mesures de confinement sont acceptées et possibles, exemple : toilettes dédiées)
- Mesures générales :
 - Limiter au strict nécessaire l'entrée du matériel dans la salle de travail. Tout matériel sortant de la salle doit au préalable avoir subi un bio-nettoyage avec un détergent-désinfectant virucide. Prévoir si possible, le matériel nécessaire pour effectuer la réanimation néonatale en salle d'accouchement.

- Attention à tout ce qui a été à proximité de la patiente (contamination possible par la salive et les selles)
- Précaution gouttelettes et contact (cf ci-dessus), comprenant une casaque stérile à usage unique ; limiter les personnes en contact.
- Sage-femme dédiée à la patiente, une seule sage-femme (sauf urgence), habillage EPI avec port de masque FFP2 pour l'accouchement par voie basse en raison du risque d'exposition aux liquides biologiques contaminés
- Perfusion et prélèvements sanguins selon le circuit habituel
- Anesthésiste : habillage EPI

⇒ **Si forme grave** : avis réanimateur pour évaluation, prise en charge initiale et le cas échéant, transfert dans l'unité de réanimation chirurgicale ou médicale ou polyvalente Surveillance, gestion du travail et voie d'accouchement : maintien des indications classiques sauf en cas de forme grave pouvant nécessiter l'extraction en urgence par césarienne.

⇒ **Si césarienne** : passage au bloc opératoire (cf. *Reco. Chirurgie à venir*)

- port de masque chirurgical par la patiente et le personnel pour le transport au bloc
- équipe habituelle présente, tenue d'isolement, masque chirurgical
- port du masque FFP2 réservé aux gestes à haut risque d'exposition (notamment intubation/extubation, aspiration trachéale, VNI, endoscopie bronchique...) et pour les opérateurs (projections possibles de liquide amniotique)
- ventilation de la salle idéalement en pression négative ou interrompue
- En cas d'AG : matériel adapté et précautions requises pour la ventilation et l'aspiration
- Éviter au maximum le passage en salle de réveil, surveillance en salle de travail voire au bloc ou directement en service de réanimation selon le critère de la césarienne et l'état maternel

8. PEC néonatale de mère avec infection confirmée ou en l'attente du résultat

La SFN (Société Française de néonatalogie) et le GPIP (Groupe de pathologie infectieuse pédiatrique) ne recommandent actuellement pas la séparation mère enfant et ne contre-indiquent pas l'allaitement. L'intérêt de ces mesures est en cours de réévaluation.

Port du masque par la mère et mesures d'hygiène. Pas de masque pour l'enfant !

- 1^e situation : le nouveau-né sans comorbidité peut rester avec sa mère, elle-même masquée (masque chirurgical), avec recommandation d'hygiène des mains strictes.
- 2^e situation : le nouveau-né requiert une hospitalisation en réanimation ou soins intensifs (SI) de néonatalogie : hospitalisation en chambre individuelle, avec possibilité d'aération de la chambre sur l'extérieur... (dans cette situation, de possible incubation chez le nouveau-né, dont on ignore la durée et la date de début de contagiosité, la prévention du risque chez les autres patients est primordiale).
- 3^e situation : Cas des enfants porteur d'une pathologie congénitale ne nécessitant pas d'hospitalisation en réanimation ou SI, mais dont l'état de santé pourrait être dégradé par une infection à SARS-COVID-19. Il ne paraît pas justifié de séparer

systématiquement l'enfant de sa mère (Cf. la situation n°1 (avis pédiatrique à discuter).

En cas de soins pédiatriques urgents chez le nouveau-né, il est recommandé, lorsque cela est possible, de faire les soins dans la salle d'accouchement, le pédiatre ayant la tenue de protection adéquate. Veiller cependant au risque de contamination de personnel supplémentaire impliqué selon la disposition des locaux.

9. PEC en post-partum de mère avec infection confirmée ou en l'attente du résultat

Si résultat négatif : arrêt de l'isolement

Si résultat positif : surveillance classique en salle de travail ou isolement en suites de couches avec retour à domicile précoce (HAD). En cas de signes de détresse respiratoire discuter le transfert en service adapté.

Contact avec le bébé ou mise au sein possible avec respect des règles d'hygiène : port du masque chirurgical et friction des mains avec une solution hydro-alcoolique.

Durant le sommeil, il est important de mettre le berceau à plus de deux mètres du lit pour éviter la projection de particules au cas où le masque se déplacerait pendant la nuit.

Ne pas quitter la chambre, pas de garde en nurserie.

10. Sortie d'une mère COVID-19 positive et de son nouveau-né après l'accouchement

Comme toute personne confirmée COVID-19, un isolement à domicile d'une durée de 14 jours est recommandé.

Durant cet isolement, les recommandations appliquées lors de confinement en maternité de la mère et du nouveau-né se poursuivent.

De plus, la mère et son nouveau-né doivent :

- Rester à domicile
- Éviter les contacts trop rapprochés avec l'entourage intrafamilial
- Le nouveau-né ne doit jamais porter de masque

La mère doit réaliser une surveillance active de sa température et de l'apparition de symptômes d'infection respiratoire (fièvre, toux, difficultés respiratoires, ...)

La surveillance du nouveau-né est identique. Toute symptomatologie du bébé doit être signalée au professionnel de santé qui suit l'enfant et motivera une consultation, qui en cas d'urgence se fera aux urgences pédiatriques de l'hôpital de référence.

Protection du personnel

Cf. Recommandations nationales et régionales pour la protection du personnel 01/03/2020, complétées par l'avis du HCSP 14/03/2020 et le Guide méthodologique phase épidémique du 16/03/2020

Les mesures sont efficaces pour protéger le personnel (avis SH2H)

<https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2020/01/Avis-prise-en-charge-2019-nCo-28-01-2020.pdf> <https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2020/02/Avis-Masque-SF2H-SPILF-04.03.2020.pdf> <https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2020/02/avis-sf2h-utilisation-masque-14mars2020.pdf>

Il doit être formé à l'habillage/ déshabillage, et aux prélèvements ou gestes à risque

Prévention de la contamination par voie respiratoire :

- port de masque chirurgical par le personnel en contact avec les patientes et leurs nouveau-nés
- port de masque chirurgical par les patientes suspectes ou confirmées
- en cas de geste à risque (ex prélèvement naso-pharyngé, aspiration, intubation, accouchement), port du masque FFP2 (avec formation préalable)
- précautions gouttelettes et contacts : vérifier que l'air de la chambre n'est pas partagé avec d'autres locaux, ouvrir régulièrement la fenêtre quand cela est possible

Prévention de la contamination par les mains :

- désinfection par friction hydro-alcoolique avant et après chaque contact avec un patient ou son environnement, après retrait des gants (portés pour contacts avec des liquides biologiques et ôtés à la fin du soin dans la chambre), retrait des lunettes et du masque, après avoir été aux toilettes et avant le repas
- au cours des soins, ne jamais porter les mains au visage

Prévention de la contamination par voie oculaire : lunettes de protection

- pour tout patient cas possible ou confirmé
- pour toute manœuvre à risque de projection oculaire de liquide biologique (indépendamment du statut COVID) ex accouchement, intubation

Prévention de la contamination par l'environnement : cf infra 4-

En cas de contact sans équipement de protection individuel à moins d'1 mètre avec un cas de COVID-19 : pendant les 14 jours suivant :

- surveiller la température 2 fois par jour, port du masque chirurgical en continu

Si apparition de symptômes (fièvre, toux, rhume, sd grippal, troubles digestifs...) :

arrêter de travailler, évaluer le risque avec REB de l'hôpital, port du masque chirurgical

Mesures d'hygiènes spécifiques pour les locaux et les équipements

Tout matériel utilisé lors des soins d'une patiente suspecte de COVID-19 doit au préalable à la sortie de la salle dédiée, subir un bio-nettoyage avec un détergent –désinfectant virucide.

De même pour les éléments mobiliers, surfaces, sol pouvant avoir été contaminés.

Un circuit est spécifique aux déchets d'activité de soins à risque infectieux.

Déclaration des cas et codage

La déclaration des cas positifs est effectuée par le laboratoire mais le service clinique doit communiquer à la cellule de crise de son établissement les coordonnées de la patiente.

Codage des hospitalisations : voir Annexe V

Références

- Recommandations CNGOF concernant la prise en charge d'une femme enceinte suspectée ou infectée par le Covid-19 au 16/03/2020
- Recommandations SFN concernant les nouveau-nés dans le contexte d'épidémie COVID-19 au 09/03/2020 maj 16/03/2020
- Avis Collégiale Gynécologie-Obstétrique d'Ile de France face à l'épidémie du COVID-19 au 10/03/2020
- Aide cognitive CARO v4 à venir <https://sfar.org/espace-professionnel-anesthesiste-reanimateur/outils-professionnels/boite-a-outils/aides-cognitives-en-anesthesie-reanimation/>
- Recommandations : *Protéger les professionnels de santé et les patients COVID19 + - ARS IDF- Date : 01/03/20*
- Avis du HCSP du 14/03/2020
- Recommandation PCR et biologie générale COVID-19 11/03/202 et HCSP du 14/03/2020 avec Lignes directrices pour la médecine de ville au 16/03/2020
- Recommandations régionales Chirurgie V8 12/03/2020 publication à venir
- Publication ATIH du 16/03/2020
- Préparation à la phase épidémique, guide méthodologique 16/03/2020 <http://www.cpias-ile-de-france.fr/docprocom/doc/ministere-guide-covid-160320.pdf>

Liste des annexes

Annexe I : Applications de télésurveillance

Annexe II: Logigramme d'orientation :

Patiente AVEC suspicion de COVID-19 ET besoin de soins critiques

Annexe III : Localisation des Soins critiques Adultes et maternités par type

Annexe IV : Information don de lait

Annexe V : Déclaration des cas et Codage

Annexe VI : Liste des personnes ayant participé à la rédaction

Annexe I : Télésurveillance ambulatoire par application numérique

La prise en charge et la surveillance ambulatoire pourront être réalisées, via une solution numérique qui enverra une information en temps réel au soignant.

Cette application comportera des items adaptés à la surveillance des femmes enceintes puis des nouveau-nés.

Principes (Cf. Reco régionales pédiatriques)

- Sous condition de remplissage des items par les parents/familles/ou personnels référents 2 fois par jour avec informations médicales, psychologiques, et environnementales simples ;
- Sous condition de l'accord et de la participation du médecin « traitant » autant que possible et s'il est identifié ;
- Sous condition de la compréhension, de l'acceptation et de l'adhésion de la femme enceinte / famille
- Sous condition de l'absence d'obstacle à la mise en œuvre de cette surveillance numérique (linguistique, technique, conditions de vie,...)
- Avec un suivi assuré par l'équipe du centre qui a réalisé le diagnostic initial
Et un retour dans un circuit hospitalier si dégradation de l'état de la mère ou de l'enfant.

A- Volet obstétrical de Covidom

(télésurveillance covid, patients ambulatoires, inclus par les hôpitaux ou médecine de ville):

<https://www.aphp.fr/contenu/covidom-une-solution-de-telesuivi-domicile-pour-les-patients-porteurs-ou-suspectes-covid-19>

Procédure de prise en charge par télésurveillance des femmes enceintes par la plateforme COVIDOM

Au plan clinique : il est proposé que l'inclusion soit prononcée par le gynécologue ou la sage femme (de façon à identifier le praticien. En cas d'alerte, l'intervenant de télésurveillance appellera le patient pour vérifier la cohérence (réalité) de l'alerte. Puis si cette alerte est réelle et persistante il contactera le praticien identifié (ou un numéro d'appel spécifique pour donner l'alerte et indiquer le nom et numéro de téléphone de la patiente, charge au gynécologue d'assurer l'avis médical. L'impact de la télésurveillance est alors, comme c'est le cas dans la prise en charge des maladies chroniques, de trier les alertes pour soulager les médecins gynécologues.

La plateforme doit faciliter les liens entre les patiente et leurs gynécologues et ne clore l'alerte que quand le gynécologue a été joint (sinon suspendre). Tant que la littérature ne sera pas claire, la plateforme ne donnera ni informations ni conseils spécifiques par téléphone.

Le gynécologue doit fournir un numéro de téléphone qui permettra de joindre quelqu'un de son équipe aux horaires d'ouverture du centre de 8h à 20h, 7j. /7.

QUESTIONS SUPPLEMENTAIRES A POSER DANS TOUS LES CAS PAR I'ITS :

Sentez-vous votre bébé bouger ? (en cas de grossesse de plus de 5 mois révolus)

- Oui normalement (pas d'alerte)
- Oui mais moins que d'habitude (alerte référent Covidom maternité)
- Non pas du tout alors qu'il bougeait avant (doit consulter rapidement à la maternité)

Avez-vous des contractions

- Non (pas d'alerte)

- Oui mais peu nombreuses et non douloureuses (pas d'alerte)
- Oui plus de 10 par jour douloureuses (alerte référent Covidom maternité)

Référent de centre : Dr Guillaume Girard guillaume.girard@aphp.fr

B - Plateforme Terr-esanté

L'Agence régionale de santé, en lien avec le GCS Sesan et l'URPS médecins, propose également à **tous les utilisateurs de la plateforme de coordination entre professionnels de santé Terr-esanté**, un module spécifique dédié au suivi de leurs patients Covid19+ ou suspects de Covid19 : **le module e-Covid**.

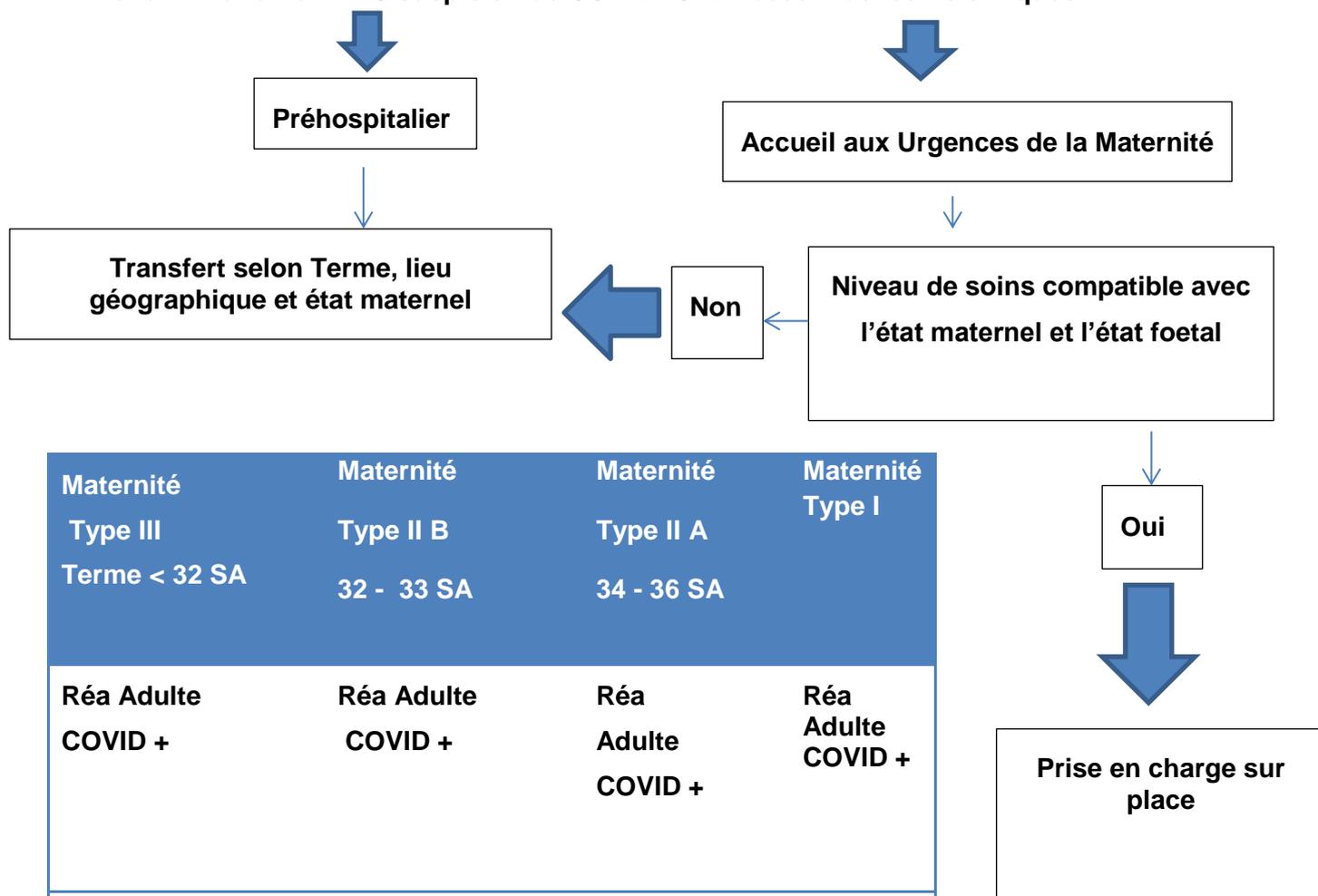
Ce module permet également aux patients de renseigner directement dans une application mobile des constantes quotidiennes pour permettre leur suivi à distance par le centre régional de télésurveillance.

Il permet aux professionnels de santé inscrits dans le cercle de soins **Terr-esante** de partager des informations pour mieux assurer le suivi de leurs patients, en particulier complexes.

Contact et informations pour installer e-covid: support.pro@terr-esante.fr

et 01 83 62 05 62

Annexe II : Patiente AVEC suspicion de COVID-19 ET besoin de soins critiques



Maternité Type III Terme < 32 SA	Maternité Type II B 32 - 33 SA	Maternité Type II A 34 - 36 SA	Maternité Type I
Réa Adulte COVID +	Réa Adulte COVID +	Réa Adulte COVID +	Réa Adulte COVID +
Cochin Poissy CH Sud Francilien Clamart Colombes Saint-Denis Montreuil Bicêtre CHIC Créteil Cergy Pontoise Argenteuil Robert Debré 23/3	Bichat St Joseph Melun Mantes Longjumeau Foch Suresnes Montfermeil Aulnay Villeneuve Georges Eaubonne-Montmorency Gonesse	Pitié-Salpêtrière Lariboisière Tenon Fontainebleau Provins Versailles Rambouillet Quincy/ Sénart Claude Galien Etampes	Beaujon

Annexe III Localisation des Unités de soins critiques et Maternités par type**75- PARIS**

Niveau COVID-19	Raison sociale de l'ES	Type de maternité
1	AP-HP BICHAT	IIB
1	AP-HP PITIE SALPETRIERE	IIA
1	AP-HP NECKER-ENFANTS MALADES	III
2	AP-HP COCHIN	III
2	AP-HP TENON	IIA
2	AP-HP LARIBOISIERE	IIA
2	AP-HP TROUSSEAU	III
2	AP-HP ROBERT DEBRE	III
2	HOPITAL ST JOSEPH	IIB
2	IMM (Institut Mutualiste Montsouris)	Ib >35 SA
2	GH Diaconesse Croix-St-Simon	Ib Site Diaconesses

77- SEINE ET MARNE

2	GHSIF Melun	IIB
2	CH DE FONTAINEBLEAU	IIB
2	CH LEON BINET DE PROVINS	IIA
2	GHEF (Jossigny)	IIB
2	HOPITAL PRIVE DE MARNE CHANTEREINE	IIA

78 - YVELINES

2	CH ANDRE MIGNOT	IIB
2	CH FRANCOIS QUESNAY	IIB
2	CHI POISSY	III
2	CHI DE MEULAN / LES MUREAUX	I
2	HOPITAL PRIVE DE PARLY II	IIA
2	HOPITAL PRIVE DE L'OUEST PARISIEN	IIA

91- ESSONNE

2	CH SUD FRANCILIEN	III
2	CH SUD ESSONNE (CHSE) - ETAMPES	IIA
2	CMCO D' EVRY	I
2	HOPITAL PRIVE CLAUDE GALIEN	IIA

92 - HAUTS DE SEINE

Niveau COVID-19	Raison sociale de l'ES	Type de maternité
2	Hôpital Max Fourestier (CASH)	I
2	AP-HP ANTOINE BECLERE	III
2	AP-HP BEAUJON	I
2	AP-HP LOUIS MOURIER	III
2	HOPITAL FOCH	IIB
2	CH DES 4 VILLES SAINT-CLOUD	IIA
2	CH RIVES DE SEINE SITE NEUILLY	IIB
2	IHFB - SITE KLEBER	IIA
2	HOPITAL PRIVE D'ANTONY	IIA

93 – SEINE-SAINT-DENIS

2	CH DE SAINT DENIS	III
2	GHI LE RAINCY-MONTFERMEIL	IIB
2	CHI ANDRE GREGOIRE	III
2	CHI ROBERT BALLANGER	IIB

94 -VAL DE MARNE

2	AP-HP Bicêtre / Paul Brousse	III
2	CHI VILLENEUVE SAINT-GEORGES	IIB
2	CHI DE CRETEIL (CHIC)	III
2	HOPITAL SAINT-CAMILLE - BRY S/M	IIA

95 – VAL D'OISE

2	CHR RENE DUBOS	III
2	CENTRE HOSPITALIER VICTOR DUPOUY	III
2	CENTRE HOSPITALIER DE GONESSE	IIB
2	C.H. EAUBONNE MONTMORENCY-SIMONE VEIL- SITE EAUBONNE	IIB

Annexe IV : Information sur allaitement et don de lait

Courrier du Lactarium Ile de France : allaitement maternel / don de lait hôpitaux et COVID 19

Objet

- faire une mise au point sur allaitement et COVID 19 pour que nous ayons tous un discours cohérent
- faire un point sur don de lait (anonyme et dirigé) et COVID 19
- aborder le risque de pénurie de lait de don anonyme

Voici les éléments concernant coronavirus et allaitement maternel

- l'allaitement est possible, il faut respecter le souhait d'allaiter, ne pas séparer la mère et l'enfant (confère note d'information SFP /SFN)
- en cas de suspicion ou de cas confirmé de coronavirus **L'allaitement n'est pas contre indiqué**
 - o La mère doit par contre **prendre les mesures usuelles de prévention** d'une contamination par voie aéroportée de tout virus (masque gardé de façon appropriée) et manu portée (lavage des mains et SHA) lorsque elle s'occupe allaite son bébé ou tire son lait
 - o Si elle doit tirer son lait favoriser recueil dans chambre d e l'enfant et pas dans un salon d'allaitement partagé, fournir un « tire lait maman unique » qu'elle gardera durant tout le séjour ou utiliser le tire lait personnel . Hygiène du tire lait : lorsque le tire lait ne sera plus utilisé par la maman veiller à suivre les procédures de bionettoyage en vigueur

Pour le don de lait

Nous ne savons pas encore si le virus Covid-19 peut se trouver dans le lait maternel ni s'il serait contagieux s'il l'était. Aucun cas d'atteinte chez les enfants allaités n'a été rapporté. Nous savons que d'autres coronavirus sont détruits par la pasteurisation (*Duan et al. 2003*). Il est donc probable que le virus Covid-19 le soit également.

- ✓ Tenant compte des informations les plus récentes à notre disposition les lactariums de France ont ajouté **au questionnaire santé** habituel des **questions spécifiques** afin de définir si elles sont **« à risque »** c'est-à-dire qu'il existe un des trois critères suivants:
 - o Des symptômes évocateurs de COVID19 (fièvre, toux, ...)
 - o Un contact avec des patients atteints
 - o Un séjour récent (ou un contact avec des gens ayant récemment séjourné) dans les régions touchées.

Si la donneuse est « à risque », suspendre transitoirement le don (ou ne pas recruter) pendant 14 jours, afin de s'assurer qu'elles ne deviennent pas malades durant ce laps de temps.

Pendant toute la période où elles sont malades ou suspectes, elles restent exclues du don.

Si le diagnostic n'est pas confirmé ou que les symptômes ont disparu, elles peuvent reprendre le don.

- ✓ **Concernant le don de lait personnalisé:** L'allaitement étant considéré comme possible chez les mères covid19 ou suspectes (SFN SFP GPIP 9/3/20), les lactariums peuvent continuer à pasteuriser le lait de la propre mère.

Le point critique et pour lequel je souhaite vous interpeller est que nous risquons d'avoir de moins en moins de donneuses

- Cas confirmés (exclu jusqu'à guérison)
- Cas suspects (exclu jusqu'à non confirmation)
- Mères ne souhaitant pas que l'on passe chez elles (confinement)
- Mères partant en province pour s'isoler des zones de concentration de population

Notre objectif à tous est de collecter le maximum de lait « non suspect » temps que l'on peut encore le collecter. J'aimerais donc vous sensibiliser ce jour pour que vous recrutiez un maximum de donneuses et que vous proposiez aux mamans qui ont du lait en stock dans vos unités de faire don. N'oubliez pas de leur dire que le coronavirus n'est pas une contre-indication à l'allaitement maternel et que même si elles sont atteintes un jour, on ne leur interdira pas de continuer à nourrir leur enfant.

Pour toutes les raisons évoquées précédemment, nous risquons d'être en pénurie de lait cru, nous pourrions alors être rapidement en défaut de lait de don anonyme qui est vital pour les plus vulnérables avec un risque de recrudescence de décès par complications en lien avec leur prématurité (infections et ECUN).

En tant que médecin responsable du Lactarium Régional d'Île de France, je souhaiterais une nouvelle fois vous solliciter pour nous aider dans la promotion du don de lait et vous en remercier d'avance.

Virginie Rigourd

Annexe V Recommandations de codage

La déclaration des cas positifs

Elle est effectuée par le laboratoire (nom, prénom date de naissance, médecin signalant, laboratoire d'analyse et date du prélèvement) mais le service clinique doit communiquer à la cellule de crise de son établissement les coordonnées de la patiente (code postal, lieu ou service d'hospitalisation et téléphone patiente pour cas confirmés).

Une mise à jour du dossier médical informatisé peut faciliter la saisie du formulaire de Santé Publique France dans le dossier médical. (Exemple logiciel Orbis)

Agence technique de l'Information hospitalière (ATIH) publication le 16/03 :2020 :

Covid-19 identification des prises en charge

Afin d'identifier les différentes prises en charge en lien avec l'épidémie Covid-19, des extensions ont été créées sur le code U07.1. *Ce code sans les extensions existe depuis dec. 2019.* Des consignes de codage seront diffusées dans les prochains jours.

Descriptif des extensions :

U07.10 Covid-19, confirmé

Cas clinique (infection respiratoire aiguë ou détresse respiratoire selon critères Santé Publique France SPF) confirmé par la biologie

U07.11 Covid-19, non confirmé

Cas clinique (infection respiratoire aiguë ou détresse respiratoire selon critères SPF) non confirmé par la biologie

U07.12 Porteur de SARS-CoV-2 asymptomatique ou pauci symptomatique

Patient sans infection respiratoire aiguë

U07.13 Autres examens et mises en observations en lien avec l'épidémie Covid-19

Personne contact, personne co-exposée, cas possible secondairement infirmé.

Annexe VI : Liste des personnes ayant participé à la rédaction

Pr Olivier Picone, Pr Marc Dommergues, Pr François Goffinet: CNGOF Collège national des Gynécologues-Obstétriciens français et la Collégiale de Gynécologie Obstétrique d'Ile de France .

Contacts : olivier.picone@aphp.fr , marc.dommergue@aphp.fr, francois.goffinet@aphp.fr

Pr Jean-Christophe Rozé (Société Française de Néonatalogie),

Dr Catherine Crenn Hebert (Référente périnatalité DOS ARS IDF)

Relecteurs :

Pr Pierre Frange, Hygiéniste (APHP Necker),

Pr Christelle Vauloup-Fellous, Virologue (APHP Paul Brousse),

Dr Sandra Fournier, Infectiologue (APHP Tenon),

Gynécologue-obstétriciens: Pr Alexandra Benachi, (APHP Hal A Beclère, Cellule TIU IDF),
Dr Joelle Belaisch-Allart, (CH4 Villes), Pr Dominique Luton, (APHP Hal Bichat)

Anesthésiste-réanimateurs : Dr Marie-Pierre Bonnet, (APHP Trousseau), Pr Catherine Paugham, (APHP Beaujon), Pr Dan Benhamou (APHP Bicêtre), Dr Catherine Fischer (Cochin), Dr Agnès Le Gouez, (APHP Hal A Beclere)

Néonatalogistes : Dr Michèle Granier, (CHSF, et FHF), Pr Pierre-Henri Jarreau, (APHP Cochin)

Dr Elisabeth Carricaburu (APHP DOMU),

Dr Romain Hellmann (Référent soins non programmés DOS ARS IDF)