

SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour le nouveau-né exposé à la COVID-19 en milieu de soins

RECOMMANDATIONS

COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC

19 mars 2024 – version 2.0

Sommaire

Principales modifications	2
Définitions	3
Méthodologie	4
Constats de la littérature	5
Précautions additionnelles et prélèvements pour le nouveau-né en contact avec un cas de COVID-19	6
Recommandations pour prévenir la transmission du SRAS-CoV-2 au nouveau-né	9
Recommandations pour l'hébergement du nouveau-né en précautions additionnelles	12

Objectifs

Ce document présente les recommandations de prévention et contrôle des infections (PCI) et de la transmission du SRAS-CoV-2 émises par le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) pour le nouveau-né exposé lors de sa naissance à sa mère qui est un cas de COVID-19 dans sa période de contagiosité. Il présente aussi des recommandations lorsque le nouveau-né est exposé à un cas de COVID-19 dans un contexte autre qu'au moment de sa naissance. Elles sont basées sur les connaissances scientifiques actuelles, les recommandations d'organisations reconnues (voir section *Méthodologie*) et seront révisées de façon continue.

Ces recommandations ciblent donc le séjour postnatal à l'unité des naissances ainsi que les nouveau-nés transférés dans une unité néonatale (UNN) ou une pouponnière et n'abordent pas les mesures de PCI pour un nouveau-né qui est un cas de COVID-19. En ce sens, ce document doit être consulté de façon complémentaire aux autres documents sur la COVID-19 produits par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) dont :

[SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins;](#)

[SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections en présence d'un cas suspecté ou un cas de COVID-19 en milieux de courte durée, de longue durée, de réadaptation et de santé mentale.](#)

Principales modifications

- ▶ Modification de la définition d'un contact significatif.
- ▶ Modification de la définition d'un nouveau-né symptomatique.
- ▶ Modification des indications de dépistages du nouveau-né ayant eu un contact significatif avec sa mère qui est un cas de COVID-19 à la naissance ou un cas de COVID-19 dans un contexte autre que sa naissance.
- ▶ Modification des recommandations pour un parent présentant des manifestations cliniques compatibles avec la COVID-19.
- ▶ Ajouts de recommandations pour le retour à l'unité néonatale ou à la pouponnière d'un parent ayant eu un diagnostic de COVID-19.

Définitions

Cette section définit des termes qui sont propres à ce document et par conséquent, est complémentaire au document suivant produit par le CINQ :

[*SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins*](#)

Accompagnateur	Personne qui est présente auprès de la parturiente ou qui cohabite avec le nouveau-né lors du séjour postnatal. Il ne s'agit pas d'un visiteur.
Cohabitation	Nouveau-né qui est hébergé en continu avec sa mère et l'accompagnateur.
Contact significatif avec le cas de COVID-19	<p>Pour les nouveau-nés en cohabitation</p> <p>Nouveau-nés qui cohabitent avec un cas de COVID-19.</p> <p>Pour les nouveau-nés hébergés à la pouponnière ou à l'unité néonatale</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Contact à moins de deux mètres sans port adéquat du masque médical par le cas de COVID-19 et en l'absence d'une barrière physique, peu importe la durée. ▶ Contact à moins de deux mètres avec port du masque médical adéquat par le cas de COVID-19, mais avec présence de situations à haut risque de transmission (ex. : peau à peau prolongée) : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Une évaluation au cas par cas par une autorité compétente en PCI est nécessaire dans ce type de situation. <p>Ne sont pas considérés comme un contact significatif</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ L'accouchement vaginal en tant que tel. ▶ Lors d'une césarienne, le contact transitoire incluant le peau à peau d'une durée de moins de 10 minutes (avec port du masque par la mère et l'accompagnateur).
Nouveau-né symptomatique (MSSS)	<p>Est considéré symptomatique en présence de l'un de ces critères :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Hypo/hyperthermie; ▶ Atteinte état général/léthargie; ▶ Symptômes d'infection des voies respiratoires supérieures (IVRS) : congestion nasale, écoulement nasal, toux; ▶ Détresse respiratoire (ex. : tachypnée, stridor, cyanose); ▶ Signes de souffrance/intolérance digestive (vomissements, diarrhées, difficultés aux boires, ballonnement abdominal); ▶ Convulsions; ▶ Chez le nouveau-né prématuré : augmentation des apnées, des bradycardies ou des désaturations; ▶ Chez le nouveau-né intubé : augmentation des sécrétions respiratoires.
Transmission horizontale	Transmission d'un agent pathogène d'un sujet malade ou d'un porteur sain à un hôte réceptif, par contact direct ou indirect, ou par l'intermédiaire d'un vecteur.
Transmission verticale	Transmission d'un agent infectieux à sa descendance, pendant la grossesse, par voie transplacentaire, ou encore après la naissance, par le lait maternel.

Méthodologie

Les recommandations présentées dans ce document sont établies d'abord en fonction de la littérature scientifique publiée. Une stratégie de recherche documentaire a été conçue afin de déterminer s'il est possible d'identifier quel nouveau-né sera positif à la naissance, quels facteurs contribuent à la transmission verticale et évaluer le risque réel qu'un nouveau-né soit infecté par le SRAS-CoV-2 lors d'un accouchement vaginal par les selles et les sécrétions vaginales.

En date du 22 février et du 17 juin 2022, les bases de données **Medline** et Embase ont été interrogées à l'aide de la plateforme Ovid. La période couverte par ces deux interrogations est du 20 août 2021 au 17 juin 2022. Les mots-clés suivants ont été utilisés (**liste non exhaustive**) : SARS-CoV-2, COVID-19, *newborns*, *neonates*, *babies*, *perinatal*, *infant*, *vertical*, *transmission*, *infection*, *mother*. En excluant les lettres, les commentaires et les éditoriaux, 661 articles sont ressortis. Face au nombre important d'articles, uniquement les revues systématiques et les méta-analyses révisées par les pairs ont été retenues (soit 6 articles) et ont répondu à nos questions de recherche. **La mise à jour actuelle se concentrant sur les indications de dépistages du nouveau-né ayant eu un contact significatif à la naissance avec sa mère qui est un cas de COVID-19, la revue de littérature scientifique complète n'a donc pas été refaite.**

En parallèle, les recommandations publiées par les neuf instances nationales et internationales suivantes ont été consultées **et sont révisées lors de chaque mise à jour** : Organisation mondiale de la Santé (OMS), Public Health Ontario (PHO), Ministry of Health Ontario (MHO), Provincial Council for Maternal and Child Health (PCMCH), Centers for diseases control and prevention (CDC), British Columbia Centers for diseases control (BCCDC), Centre national de prévention des infections (Swissnoso), Alberta Health Services (AHS) et Government of Western Australia.

Cette consultation a permis d'assurer une concordance entre les mesures recommandées dans ce document et les instances internationales.

Enfin, les mesures qui n'étaient pas appuyées par la littérature scientifique ou dont l'application était divergente ou non précisée dans les recommandations des instances internationales ont été discutées avec les membres du Cinq afin d'établir un consensus d'experts sur la question. Plus globalement, la démarche s'inscrit dans un processus de gestion de risque visant à optimiser l'utilisation des ressources disponibles, et ce, tout en assurant la sécurité de la population.

Les recommandations seront révisées en continu en fonction de l'évolution de l'épidémiologie, de la littérature scientifique et des recommandations des instances **nationales** et internationales.

Constats de la littérature

Littérature scientifique

Transmission verticale

La transmission verticale est possible, mais demeure néanmoins très rare. Selon une méta-analyse incluant 472 études (soit 206 études de cohortes et 266 études de cas et séries de cas) totalisant 28 952 mères et 18 236 nouveau-nés, la transmission verticale serait survenue chez moins de 2 % des nouveau-nés (Allotey *et al.*, 2022).

Transmission horizontale

La transmission horizontale demeure plus probable entre autres par les contacts du nouveau-né avec un cas de COVID-19 après la naissance, ainsi que les contacts avec l'environnement contaminé et les travailleurs de la santé (TdeS) pouvant agir comme vecteur. La sévérité de la maladie et l'infection postnatale chez la mère seraient des facteurs prédictifs de positivité chez les nouveau-nés et non le trimestre d'infection de la mère, la naissance prématurée, le mode d'accouchement, l'allaitement ou la cohabitation mère-bébé à la naissance (Allotey *et al.*, 2022 ; Musa *et al.*, 2021). Même si dans l'étude d'Allotey *et al.* (2022) de l'ARN a été retrouvé dans des sécrétions vaginales, le liquide amniotique, le placenta et le lait maternel, cela n'indiquerait pas nécessairement une corrélation avec une infection chez le nouveau-né. Dans sa conclusion, une COVID-19 sévère chez la mère peut être associée à une positivité du SRAS-CoV-2 chez le nouveau-né, mais pas l'accouchement vaginal, l'allaitement ou le contact mère/bébé après la naissance. L'analyse de la littérature scientifique effectuée nous indique toutefois qu'il manque de données afin de déterminer à quel moment le nouveau-né se positive à la suite d'une exposition postnatale (Allotey *et al.*, 2022 ; Bostos *et al.*, 2021).

Littérature grise

Toutes les instances consultées proposent la mise en place de mesures limitant la possibilité de transmission horizontale : par des mesures de distanciation lors de la cohabitation, par des mesures administratives limitant les contacts du nouveau-né avec un accompagnateur qui est un cas de COVID-19 et par l'utilisation d'équipement de protection individuelle par la mère et l'accompagnateur.

Conclusions des constats de la littérature

À la lumière de ces constats et des discussions tenues avec les experts, nous proposons des recommandations visant à limiter la transmission en ciblant les nouveau-nés susceptibles de développer une infection à SRAS-CoV-2, et ce, selon la nature de leur exposition à un cas de COVID-19. Des recommandations visant à prévenir la transmission horizontale sont également proposées. Les considérations cliniques, soit la prise en charge et le suivi d'un nouveau-né de mère ayant la COVID-19, ne sont pas abordées dans ces recommandations.

Précautions additionnelles et prélèvements pour le nouveau-né en contact avec un cas de COVID-19

Ces recommandations visent à limiter la transmission en ciblant les nouveau-nés susceptibles de développer une infection à SRAS-CoV-2, et ce, selon la nature de leur exposition à un cas de COVID-19. Si le nouveau-né développe des symptômes compatibles avec la COVID-19 ou s'il est considéré comme un cas confirmé, **consulter en complément** les recommandations du document [SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections en présence d'un cas suspecté ou un cas de COVID-19 en milieux de courte durée, de longue durée, de réadaptation et de santé mentale.](#)

Exposé lors de sa naissance à sa mère qui est un cas de COVID-19 dans sa période de contagiosité^{1,2}

S'il y a présence de risque de transmission verticale plus élevé, tel un nouveau-né de mère ayant une COVID-19 sévère, consulter l'équipe d'infectiologie et de PCI afin de déterminer si des prélèvements supplémentaires d'un point de vue clinique sont requis et conséquemment, si un ajustement de la durée des mesures est requis.

Tableau 1 Nouveau-né transféré à la pouponnière ou à l'unité néonatale après à la naissance

Type contact avec sa mère	Prélèvements pour test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) ^A	Précautions additionnelles (PA)	Levée des mesures
SANS contact significatif	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 24 heures de vie. ▶ 48 heures de vie si le TAAN à 24 heures de vie est négatif ET présence de symptômes en l'absence de diagnostic différentiel. 	Gouttelettes-contact avec protection oculaire. OU Aériennes-contact avec protection oculaire si interventions médicales générant des aérosols (IMGA).	Lorsque le(s) TAAN effectué(s) est (sont) négatif(s).
AVEC contact significatif	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 24 heures de vie. ▶ 48 heures de vie si le TAAN à 24 heures de vie est négatif ET présence de symptômes en l'absence de diagnostic différentiel. ▶ Jour quatre ou cinq de vie pour prématurés ou intubés ou si difficulté à évaluer les symptômes^B. 	Gouttelettes-contact avec protection oculaire. OU Aériennes-contact avec protection oculaire si IMGA. *Lorsque le TAAN à 24 heures de vie est négatif, instaurer les PA gouttelettes-contact pour l'isolement préventif (contact significatif) si le nouveau-né est asymptomatique jusqu'à la levée des mesures.	Au Jour cinq de vie si le nouveau-né demeure asymptomatique et que le(s) TAAN effectué(s) est (sont) négatif(s).

^A: Prélever à tout moment si apparition de symptômes et instaurer des précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire (ou aériennes-contact avec protection oculaire si IMGA).

^B: Considérant que l'infection par la COVID-19 en néonatalogie n'est pas plus sévère que d'autres virus respiratoires, les nouveau-nés hébergés à l'UNN et à la pouponnière seront traités comme pour les autres virus respiratoires et seront dépistés uniquement si présence de symptômes. Par conséquent, le prélèvement au jour quatre ou cinq sera nécessaire seulement s'il y a une difficulté à évaluer la présence de symptômes.

¹ La période de contagiosité est de 48 heures précédant l'apparition des symptômes ou la date du prélèvement si asymptomatique, jusqu'à la levée de l'isolement. Ces mesures s'appliquent donc pour une mère qui développe des symptômes ou qui a un TAAN positif dans les 48 heures suivant l'accouchement.

² Pour une mère qui est un cas suspecté de COVID-19, il est recommandé d'appliquer les recommandations pour un nouveau-né ayant eu un contact significatif jusqu'à ce que le statut soit précisé.

Tableau 2 Nouveau-né en cohabitation

Type contact avec sa mère	Prélèvements pour TAAN	Précautions additionnelles	Levée des mesures
AVEC contact significatif	Aucun, sauf si apparition de symptôme.	Gouttelettes-contact avec protection oculaire. OU Aériennes-contact avec protection oculaire si IMGA.	Maintenir les précautions additionnelles pour la durée du séjour (cellule familiale).
	<p>Pour le nouveau-né qui a cohabité et qui doit être transféré à la pouponnière ou à l'UNN :</p> <p>Prélèvements : compléter les prélèvements demandés au tableau 1 pour le nouveau-né ayant eu des contacts significatifs (jusqu'à quatre ou cinq jours après le dernier contact significatif).</p> <p>Précautions additionnelles : selon tableau 1.</p>		

Exposé à un cas de COVID-19 dans un contexte autre qu'au moment de sa naissance

Type contact avec nouveau-né	Prélèvements pour TAAN	Précautions additionnelles	Levée des mesures
SANS contact significatif	Aucun	Aucune	Aucune
AVEC contact significatif	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Jour zéro (dès la découverte du cas). ▶ Jour quatre ou cinq de vie pour prématurés ou intubés ou si difficulté à évaluer les symptômes^A. 	Gouttelettes-contact ^B	Au Jour cinq après le dernier contact, si le nouveau-né est asymptomatique et que le(s) TAAN effectué(s) est (sont) négatif(s).

^A : Considérant que l'infection à SRAS-CoV-2 en néonatalogie n'est pas plus sévère que d'autres virus respiratoires, les nouveau-nés hébergés à l'UNN et à la pouponnière seront traités comme pour les autres virus respiratoires et seront dépistés uniquement si présence de symptômes. Par conséquent, le prélèvement au Jour quatre ou cinq sera nécessaire seulement s'il y a une difficulté à évaluer la présence de symptômes.

^B : Lorsque le nouveau-né exposé à un cas de COVID-19 ne présente pas de symptômes, la protection oculaire n'est pas requise.

Recommandations pour prévenir la transmission du SRAS-CoV-2 au nouveau-né³

Lors de l'accouchement et des soins post-partum immédiats

- ▶ Maintenir le chariot de réanimation du nouveau-né à plus de deux mètres du cas de COVID-19.
 - ▶ Protéger le chariot le plus possible de la contamination environnementale soit en le couvrant, soit en le faisant entrer dans la salle d'accouchement seulement lorsque requis (le plus près possible du moment de la naissance).
- ▶ Lors de la période post-partum immédiate (soins fréquents à la mère et au nouveau-né simultanément, souvent par le même TdeS), organiser les soins de sorte à pouvoir changer l'équipement de protection individuelle (ÉPI) entre les soins à la mère et au nouveau-né au besoin :
 - ▶ Changer minimalement les gants;
 - ▶ Changer les autres pièces de l'ÉPI si présence de souillures visible ou au besoin.
- ▶ L'allaitement maternel est favorisé. Voir les recommandations liées à l'allaitement maternel dans la section *Lors de la cohabitation*.
- ▶ Si l'accompagnateur est un cas de COVID-19, il doit procéder à l'hygiène des mains (HDM) à son arrivée dans la salle d'accouchement et porter un masque médical en tout temps.

Lors de la cohabitation

- ▶ Selon la configuration de la chambre, si possible, garder le nouveau-né à plus de deux mètres du cas de COVID-19 entre les périodes d'allaitement et de soins. Si impossible, **s'assurer de la présence d'une barrière physique (isolette fermée, rideaux)**.
- ▶ Dans la mesure du possible, les soins au nouveau-né (y compris le peau à peau) devraient être prodigués par la personne qui n'est pas un cas de COVID-19.
- ▶ Avant tout contact avec le nouveau-né, allaitement maternel, manipulations d'un tire-lait ou de préparation lactée pour nourrissons :
 - ▶ Porter le masque médical et procéder à l'HDM;
 - ▶ S'assurer que les vêtements sont exempts de souillures telles que des sécrétions respiratoires.
- ▶ Si un TdeS doit effectuer des soins à la mère qui est un cas de COVID-19 et au nouveau-né, débiter par les soins au nouveau-né.
- ▶ L'accompagnateur qui est un cas de COVID-19 ne doit pas cohabiter avec la mère et le nouveau-né. Désigner un accompagnateur qui n'est pas un cas de COVID-19.
 - ▶ Lors des situations suivantes, la présence d'un accompagnateur qui est un cas de COVID-19 pourrait être permise. Les recommandations de l'équipe de PCI afin de prévenir la transmission au nouveau-né seront toutefois nécessaires, autant pour les parents que pour l'équipe de soins. Une adaptation locale de ces recommandations demeure également possible.
 - ▶ Si présence d'une situation particulière (ex. : raisons humanitaires) : l'accompagnateur doit procéder à l'HDM à son arrivée dans la chambre, porter un masque médical en tout temps et maintenir une distance de deux mètres lorsque possible.

³ Se référer aux directives de l'établissement pour les consignes concernant la gestion des visiteurs.

- ▶ Si la mère est également un cas de COVID-19 : l'accompagnateur doit procéder à l'HDM à son arrivée dans la chambre, porter un masque médical en tout temps (il est donc recommandé qu'il quitte pour la nuit) et maintenir une distance de deux mètres avec le nouveau-né autant que possible. Informer les parents des bonnes pratiques pour prévenir la transmission d'infections respiratoires au nouveau-né lors de l'hospitalisation et à la suite du retour à la maison.
- ▶ Déterminer avec les parents qui effectuera les soins au nouveau-né en évaluant les risques associés à la transmission de la COVID-19 et les bénéfices du lien entre les parents et le bébé.

Lors du séjour à la pouponnière ou à l'unité néonatale

Les recommandations suivantes peuvent être modulées par les équipes PCI locales selon la configuration physique des unités de soins (ex. : présence de chambres individuelles, grandeur des salles communes où sont hébergés plusieurs nouveau-nés, caractéristiques de la ventilation, etc.). En remplacement des parents au chevet du nouveau-né, la personne désignée doit faire l'objet des mêmes mesures de PCI.

- ▶ Effectuer l'évaluation des symptômes des parents avant que ceux-ci n'entrent à la pouponnière ou l'unité néonatale.
- ▶ Si un parent est un contact étroit d'un cas de COVID-19, il peut se présenter dans le milieu de soins à condition que celui-ci soit asymptomatique et :
 - ▶ Port du masque pendant les sept jours suivant la dernière exposition. Si contact domiciliaire continu, avec le cas de COVID-19, l'équipe locale de PCI doit déterminer à quel moment correspond la dernière exposition;
 - ▶ Surveillance des symptômes pendant les sept jours suivant la dernière exposition. Aviser l'unité de soins si apparition de symptômes.
- ▶ Les parents qui présentent des manifestations cliniques compatibles avec la COVID-19 devraient être testés avant de retourner à l'UNN ou à la pouponnière. Les modalités entourant ces prélèvements doivent être déterminées par l'installation :
 - ▶ Idéalement par TAAN, si l'installation le permet;
 - ▶ Si impossible, par TDAR sous supervision d'un professionnel de la santé;
 - ▶ Si impossible, par TDAR à la maison.
- ▶ Advenant que le parent présent soit un cas clinique d'infection respiratoire aiguë autre qu'au SRAS-CoV-2, appliquer les recommandations du document [*Mesures de prévention et de contrôle des virus respiratoires dans les milieux de soins : Mesures à mettre en place pour la saison des virus respiratoires et en présence d'un cas clinique ou confirmé d'un virus respiratoire.*](#)
- ▶ Le parent qui est un cas de COVID-19 ne devrait pas se présenter à l'unité néonatale ni à la pouponnière durant sa période de contagiosité. Si sa présence est absolument requise (ex. : situation humanitaire) ou si la disposition physique de l'unité de soins permet la présence d'un cas de COVID-19, une analyse de risque doit être effectuée par les autorités compétentes en collaboration avec l'équipe de PCI locale afin d'établir des recommandations de PCI. La décision doit être prise localement.

▶ Le retour à l'UNN ou à la pouponnière d'un parent ayant eu un diagnostic de COVID-19 devrait s'effectuer selon ces recommandations et visent à protéger la clientèle ainsi que les TdeS :

▶ Retour à l'UNN ou à la pouponnière six jours complets⁴ après le début des symptômes sans test de contrôle (si parent immunosupprimé, référer à l'équipe PCI);

OU

▶ Retour à l'UNN ou à la pouponnière quatre jours après le début des symptômes avec un test négatif⁵ au 5^{ème} jour (si parent immunosupprimé, référer à l'équipe PCI).

ET

▶ Absence de fièvre;

▶ Port du masque en tout temps jusqu'au 10^{ème} jour après le début des symptômes;

▶ Auto-isolement à l'unité de soins jusqu'au 10^{ème} jour :

▶ Renforcer l'hygiène des mains avant l'entrée à la pouponnière ou à l'UNN en plus des autres indications d'hygiène des mains;

▶ Ne pas circuler dans les zones communes;

▶ Maintenir une distance de deux mètres et plus avec les autres parents, les autres nouveau-nés ou les TdeS.

⁴ Par exemple, si le parent développe des symptômes le 1^{er} avril, il faut compter 6 jours complets incluant le jour du début des symptômes. Le parent pourra retourner à l'unité de soins le 7 avril s'il remplit les conditions nécessaires.

⁵ Idéalement par TAAN si l'installation le permet. Si impossible, par TDAR sous supervision d'un professionnel de la santé ou sinon, par TDAR à la maison.

Recommandations pour l'hébergement du nouveau-né en précautions additionnelles

Lors du séjour à la pouponnière ou à l'unité néonatale

Chambre individuelle. Si impossible :

- ▶ Hébergement à une distance de plus de deux mètres des autres nouveau-nés dans une isolette fermée.
Si impossible :
 - ▶ S'assurer de la présence d'une barrière physique en tout temps (ex. : rideaux séparateurs si soins effectués avec isolette ouverte).

Particularités lors de la réalisation d'interventions médicales générant des aérosols

Chambre à pression négative :

- ▶ Si le nouveau-né fait l'objet d'une intervention médicale générant des aérosols (IMGA) en continu et qu'il est dans une isolette fermée, les précautions aériennes contact pourraient ne pas être requises, mais devront être appliquées aussitôt que l'isolette est ouverte;
- ▶ Si le nouveau-né est intubé en circuit fermé, les précautions aériennes contact avec protection oculaire sont recommandées puisque le risque d'extubation accidentelle est élevé chez cette clientèle.

Références

- Alberta Health Services. (2023, 28 septembre). *NICU COVID-19 IPC Clinical Guidance*
<https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if-ppih-covid-19-neonatal-management-pathway.pdf>.
- Al-Maiah T., Al-Kuraishy H., Al-Gareeb A. (2021, décembre). Pregnancy and risk of vertical transmission in Covid-19. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 12(8).
- Allotey J., Chatterjee S., Kew T., Gaetano A., Stallings E. *et al.* (2022, 16 mars). SARS-CoV-2 positivity in offspring and timing of mother-to-child transmission: living systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 376: e067696. <https://www.bmj.com/content/376/bmj-2021-067696>.
- American Academy of Pediatrics. (2022, 11 octobre). *Management of Infants Born to Mothers with Suspected or Confirmed COVID-19*. <https://www.aap.org/en/pages/2019-novel-coronavirus-covid-19-infections/clinical-guidance/faqs-management-of-infants-born-to-covid-19-mothers/>.
- Bastos S., Barbosa B., Cruz L., De Souza R., Melo S. *et al.* (2021, 21 décembre). Clinical and Obstetric Aspects of Pregnant Women with COVID-19: A Systematic Review. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, 43(12), 949-960. <https://dx.doi.org/10.1055/s-0041-1733913>.
- British Columbia Centre for Disease Control. (2021, 27 mai). *Delivery Considerations for a Newborn Born to a Mother/Individual who is a Confirmed Case of, or Under Clinical Investigation for, COVID-19*. http://www.bccdc.ca/Health-Professionals-Site/Documents/Delivery_Considerations_Newborn_Case.pdf.
- British Columbia Centre for Disease Control. (2021, 10 juin). *Guideline for the Management of the Newborn Born to a Mother/Individual Who is a Confirmed or Suspected Case of COVID-19*. http://www.bccdc.ca/Health-Professionals-Site/Documents/COVID19_GuidelineMgmtHealthyNewbornMotherConfirmedOrSuspect.pdf.
- British Columbia Centre for Disease Control. (2021, 10 juin). *Management Considerations for an Unwell and/or Premature Newborn Who is a Contact, Under Clinical Investigation or a Confirmed Case of COVID-19*. http://www.bccdc.ca/Health-Professionals-Site/Documents/Management_Newborn_Unwell_Premature_COVID19.pdf.
- Centers for disease control and prevention. (2021, 25 mars). *Covid-19 and breastfeeding*. <https://www.cdc.gov/breastfeeding/breastfeeding-special-circumstances/maternal-or-infant-illnesses/covid-19-and-breastfeeding.html>.
- Institut national de santé publique du Québec. (2022, novembre). *Mesures de prévention et de contrôle des virus respiratoires dans les milieux de soins : Mesures à mettre en place pour la saison des virus respiratoires et en présence d'un cas clinique ou confirmé d'un virus respiratoire*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2835>.
- Institut national de santé publique du Québec. (2023, 7 juillet). *SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections en présence d'un cas suspecté ou un cas de COVID-19 en milieux de courte durée, de longue durée, de réadaptation et de santé mentale*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3280-prevention-contrôle-infections-covid-19-soins-courte-longue-duree-sante-mentale-COVID-19>.
- Institut national de santé publique du Québec. (2023, 7 juillet). *SRAS-CoV-2 : Définitions des termes en prévention et contrôle des infections dans les milieux de soins*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3212-definitions-pci-milieux-soins>.

Institut national de santé publique du Québec. (2023, 7 juillet). *SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieu de soins*.

<https://www.inspq.qc.ca/publications/3141-covid-19-gestion-travailleurs-sante-milieux-soins>.

Medeiros K., Sarmiento A., Costa A., Macêdo L., Da Silva L. *et al.* (2021, 11 novembre). Consequences and implications of the coronavirus disease (COVID-19) on pregnancy and newborns: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 156(3), 394-405. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14015>.

Musa S., Bello U., Zhao S., Abdullahi Z., Lawan M. *et al.* (2021, 20 septembre). Vertical Transmission of SARS-CoV-2: A Systematic Review of Systematic Reviews. *Viruses*, 13(9), 1877. <https://doi.org/10.3390/v13091877>.

Najafi T., Dashti S., Bahri N. (2020, 5 décembre). Vertical transmission of COVID-19: A systematic review. *Archives of Pediatrics Infectious Diseases*. 9(2), e108769. <https://dx.doi.org/10.5812/pedinfect.108769>.

Office québécois de la langue française https://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8351264.

Office québécois de la langue française https://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8351246.

Provincial Council for Maternal and Child Health. (2021, 22 juillet). *Maternal-Neonatal COVID-19 General Guideline*. https://www.afhto.ca/sites/default/files/2021-07/PCMCH%20Maternal-Neonatal%20COVID-19%20General%20Guideline_22July2021.pdf.

Public Health Ontario. (2021, juillet) *COVID-19: Personal Protective Equipment (PPE) for Neonatal Resuscitation*. <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/ipac/2020/05/report-covid-19-ppe-neonatal-resuscitation.pdf?la=en>.

Société canadienne de pédiatrie. (2023, 3 février). *Les considérations en matière de soins chez les nourrissons nés d'une mère atteinte d'une infection par le SRAS-CoV-2 présumée ou confirmée*. <https://cps.ca/fr/documents/position/les-nourrissons-nes-dune-mere-atteinte-par-la-COVID>.

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

MEMBRES ACTIFS

Nathalie Bégin
Centre intégré de santé et de services sociaux de la
Montérégie-Centre

Karine Boissonneault
Natasha Desmarteau
Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux de la Capitale-Nationale

Stéphane Caron
Direction de la santé environnementale, au travail et de la
toxicologie
Institut national de santé publique du Québec

Kevin Dufour
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
Saguenay-Lac-Saint-Jean

Catherine Dufresne
Marie-Claude Roy, présidente
Roseline Thibeault
Pascale Trépanier
Centre hospitalier universitaire de Québec – Université Laval

Judith Fafard
Laboratoire de santé publique du Québec
Institut national de santé publique du Québec

Jean-François Laplante
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik

Yves Longtin
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Danielle Moisan
Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-
Laurent

Bianka Paquet-Bolduc
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

Sara Pominville
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
de l'Estrie

Chantal Richard, secrétaire du Cinq
Jasmin Villeneuve
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique du Québec

Patrice Savard
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

MEMBRES D'OFFICE

Dominique Grenier
Patricia Hudson
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique du Québec

MEMBRES DE LIAISON

Zeke McMurray
Silvana Perna
Ministère de la Santé et des Services sociaux

INVITÉS PERMANENTS

Maude Bigras
Marielle Bolduc
Annick Boulais
Fanny Desjardins
Valérie Labbé
Natasha Parisien
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique du Québec

Bruno Dubreuil
Centre intégré de santé et services sociaux de Laval

SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour le nouveau-né exposé à la COVID-19 en milieu de soins

AUTEURS

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

Fanny Desjardins, conseillère en soins infirmiers
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique du Québec

COLLABORATEURS

Cybèle Bergeron, pédiatre microbiologiste-infectiologue
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Centre intégré universitaire de l'Estrie

Catherine Dufresne, conseillère en prévention et contrôle des infections
Roseline Thibeault, pédiatre infectiologue
Centre hospitalier universitaire de Québec – Université Laval

Vana Ké, bibliothécaire
Vice-présidence aux affaires scientifiques, Institut national de santé publique du Québec

Marie-Astrid Lefebvre, pédiatre infectiologue
Centre universitaire de santé McGill

Caroline Quach-Thanh, pédiatre microbiologiste-infectiologue
Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

Jasmin Villeneuve, médecin-conseil
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique du Québec

Sabrina Fortin, directrice
Direction santé mère-enfant
Ministère de la Santé et des Services sociaux

SOUS LA COORDINATION

Dominique Grenier, cheffe d'unité scientifique
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique du Québec

MISE EN PAGE

Alix Gougué, agente administrative
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique du Québec

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec (2024)

No de publication : 3281