



COVID-19 (SRAS-CoV-2) : Recommandations intérimaires sur les mesures de prévention en milieu de travail pour les travailleuses enceintes ou qui allaitent



Pour des milieux de travail en santé
Réseau de santé publique
en santé au travail

7 septembre 2023 – Version 4.0

Sommaire

| | |
|--|----|
| Avant-propos | 2 |
| Messages clés | 3 |
| Méthode d'élaboration des recommandations | 4 |
| Synthèse de l'état des connaissances | 5 |
| Constats et recommandations pour les travailleuses enceintes | 12 |
| Constats et recommandations pour les travailleuses qui allaitent | 22 |
| Conclusion | 23 |
| Annexe 1 : Synthèse des recommandations | 25 |

Cette version 4.0 des recommandations intérimaires a fait l'objet d'un consensus des membres de la Communauté médicale de pratique d'harmonisation Pour une maternité sans danger (CMPH-PMSD).

Cette version 4.0 modifie les recommandations intérimaires pour les travailleuses enceintes et qui allaitent publiées en janvier 2022 (version 3.3) et son Addendum pour les travailleuses enceintes publié en octobre 2022.

À la lumière des données scientifiques sur la protection conférée par une infection antérieure ou par la vaccination contre une infection par le variant Omicron et ses sous-lignées, et aux fins de l'application du programme Pour une maternité sans danger (PMSD), de nouvelles recommandations avaient été émises à l'automne 2022, qui tenaient compte du statut immunitaire de la travailleuse enceinte. Les recommandations pour les travailleuses qui allaitent demeuraient inchangées.

Ce document regroupe l'ensemble des constats et recommandations sur les mesures de prévention en milieu de travail pour les travailleuses enceintes et qui allaitent dans un seul document, afin de faciliter la compréhension des usagers. Cette mise à jour tient compte des dernières recommandations québécoises en termes de vaccination et de la persistance du variant Omicron et de ses sous-lignées depuis plusieurs mois, ainsi que des nouvelles connaissances sur les risques d'issues défavorables de la grossesse associés au SRAS-CoV-2. Les données scientifiques qui soutiennent ces recommandations sont disponibles dans un état des connaissances détaillé publié indépendamment : [COVID-19 \(SRAS-CoV-2\) : Synthèse des connaissances en appui aux recommandations intérimaires sur les mesures de prévention en milieu de travail pour les travailleuses enceintes ou qui allaitent](#).

Avant-propos

Depuis le début de la pandémie de SRAS-CoV-2, le groupe de travail Santé au Travail COVID-19 PMSD, sous la coordination de l'Institut national de santé publique (INSPQ) et en collaboration étroite avec le Réseau de santé publique en santé au travail (RSPSAT), émet des recommandations intérimaires sur les mesures de prévention en milieux de travail pour les travailleuses enceintes ou qui allaitent. Ces recommandations visent à soutenir les médecins désignés et les équipes régionales et terrains de santé publique en santé au travail dans la prise de décision quant aux demandes d'affectation préventive dans le cadre du programme PMSD, administré par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) (*Loi sur la santé et la sécurité du travail*, RLRQ c S-2.1, articles 40 à 48.2).

Pour rappel, au Québec, la travailleuse enceinte ou qui allaite peut se prévaloir d'une affectation préventive au regard du programme Pour une maternité sans danger (PMSD) prévue dans la LSST (Loi de la santé et de la sécurité du travail RLRQ c S-2.1, articles 40 à 48.2). Le programme PMSD a été mis en place par la CNESST en 1981. Ce programme unique vise avant tout le maintien en emploi sans danger des travailleuses enceintes et des travailleuses qui allaitent.

Tel que prévu par la LSST, une travailleuse enceinte qui fournit à l'employeur un certificat attestant que les conditions de son travail comportent des dangers physiques pour l'enfant à naître ou allaité, ou pour elle-même, en raison de sa grossesse, peut demander d'être affectée à des tâches ne comportant pas de tels dangers, et qu'elle est raisonnablement en mesure d'accomplir. À défaut, le retrait préventif peut être accordé lorsqu'il est impossible, pour l'employeur, d'éliminer à la source les dangers présents dans le milieu de travail et attestés dans le certificat, d'adapter le poste, ou de modifier certaines tâches de la travailleuse.

Les recommandations d'affectation préventive de la travailleuse enceinte en contexte de la pandémie de COVID-19 s'inscrivent dans ce contexte légal et sont guidées par le principe de prudence, les femmes enceintes représentant une population vulnérable, dont l'aménagement du poste de travail nécessite la mise en place de mesures préventives particulières.

Lors d'une mise à jour publiée en janvier 2022, les recommandations pour les travailleuses enceintes précédemment considérées protégées avaient été modifiées pour tenir compte de l'émergence rapide du variant Omicron, qui présentait un échappement immunitaire significatif, et des incertitudes sur la protection dont bénéficiaient les femmes enceintes face à ce nouveau variant. Quelques mois après le début de la vague Omicron, de nouvelles informations avaient permis de réévaluer les recommandations à la lumière des données épidémiologiques et des données sur la protection contre une infection par le variant Omicron conférée par une infection COVID-19 antérieure et par la vaccination. Un addendum avait été publié à l'automne 2022 pour modifier les recommandations intérimaires pour les travailleuses enceintes publiées en janvier 2022. Celles émises pour les travailleuses qui allaitent demeuraient inchangées.

La version 4.0 est une mise à jour des *Recommandations intérimaires sur les mesures de prévention en milieux de travail pour les travailleuses enceintes ou qui allaitent*, et a pour vocation de regrouper dans un seul document un résumé des constats et les recommandations à l'intention des professionnels faisant les suivis de grossesse, des médecins désignées, et des milieux de travail qui emploient des travailleuses enceintes ou qui allaitent. Des tableaux de synthèse des nouvelles recommandations par secteur d'activités sont également fournis en annexe, dans une visée de diffusion et d'information pour les utilisateurs.

Messages clés

La synthèse des connaissances *COVID-19 (SRAS-CoV-2) : Synthèse des connaissances en appui aux recommandations intérimaires sur les mesures de prévention en milieu de travail pour les travailleuses enceintes ou qui allaitent* réalisée en soutien à cette mise à jour des recommandations nous amène à revoir l'appréciation du risque d'issues défavorables de la grossesse associé à l'infection au SRAS-CoV-2. La considération des résultats des études, de l'évolution du contexte épidémiologique, de l'immunité collective, et des mesures sanitaires actuellement en place dans les milieux de travail et dans la population nous conduit à proposer des recommandations moins restrictives à l'intention des travailleuses enceintes.

Résumé de l'état des connaissances

- ▶ La réalisation d'études récentes n'a pas mis en lumière de nouveaux risques pour la grossesse par rapport à ceux documentés depuis le début de la pandémie, soit l'accouchement avant terme et les pathologies hypertensives graves de la grossesse.
- ▶ À notre connaissance, depuis l'automne 2022 où l'immunité vaccinale ou hybride est élevée dans la population, aucun organisme national/international n'a publié de portrait populationnel incluant des données spécifiques aux femmes enceintes. L'absence d'alerte de la part de ces organismes pour informer que les taux observés des issues défavorables de la grossesse seraient augmentés de façon marquée dans la population mondiale est somme toute rassurante quant aux impacts populationnels de la COVID-19 sur les femmes enceintes.
- ▶ Les données de simulation statistique illustrent qu'en posant l'hypothèse d'un facteur de protection de l'ordre d'efficacité de l'immunité hybride, le risque d'un accouchement avant terme attribuable à une infection au SRAS-CoV2 acquise au travail est réduit de manière très significative dans tous les secteurs d'activité économique.
- ▶ De plus, les données disponibles soutiennent l'hypothèse que l'immunité acquise par la femme enceinte n'est pas différente de celle acquise par une femme non enceinte.
- ▶ En raison de l'immunité individuelle et collective et des caractéristiques des sous-lignées actuellement en circulation, le risque spécifique d'acquisition de l'infection associé à certaines tâches de travail est globalement réduit.

Impact sur les recommandations

Dans ce contexte, la recommandation de mesures moins restrictives pour les femmes enceintes au travail semble compatible avec le principe de prudence. La gradation du risque demeure la même et aucune donnée ne semble indiquer qu'il faudrait apporter des changements dans la gradation du risque selon les tâches.

Les tâches les plus à risque demeurent celles de proximité sans protection auprès de patients malades de la COVID-19, et les tâches où la distance de deux mètres est maintenue en tout temps avec les collègues ou les clients représentent un risque négligeable de transmission de l'infection.

Ainsi, les travailleuses ayant l'immunité hybride pourraient, dépendamment de leur milieu de travail, accomplir leurs tâches de travail sans restriction particulière supplémentaire par rapport à leurs collègues réalisant les mêmes tâches, et ce peu importe le délai depuis la dernière infection ou la dernière dose reçue de vaccin. Les travailleuses n'ayant pas une immunité hybride pourraient réaliser la majorité de leurs tâches en portant un masque de qualité lorsque la tâche requiert un contact sans barrière physique à moins de deux mètres d'un client ou d'un collègue. Les recommandations plus détaillées par secteur d'activité sont présentées ci-après.

Les recommandations spécifiques aux différents milieux de travail, présentées aux pages 13 à 22, ont été élaborées selon une gradation du risque d'exposition au virus, incluant l'analyse des tâches et le mode de transmission du virus. Les interventions médicales pouvant générer des aérosols (IMGA) et les soins aux cas hospitalisés sont considérées à risque plus élevé de transmission que d'autres tâches dans d'autres milieux.

Il est à noter que pour les travailleuses qui allaitent, aucune recommandation d'affectation préventive n'a été émise.

Méthode d'élaboration des recommandations

Lors de la précédente mise à jour des recommandations, une veille de la littérature scientifique effectuée en continu sur les connaissances autour du SRAS-CoV-2 dans le contexte de la maternité et du travail avait permis de dresser un portrait de la dominance du variant Omicron au Québec, et de produire un état des connaissances rapide des risques associés à ce variant pour les travailleuses enceintes, considérant leur historique d'infection au SRAS-CoV-2 et leur statut vaccinal. Les constats et recommandations découlant de cet état des connaissances avaient été présentés et soumis au vote des membres de la Communauté médicale de pratique pour l'harmonisation du programme Pour une maternité sans danger (CMPH-PMSD) à la fin août 2022.

Dans le cadre d'une révision intégrale des Recommandations intérimaires sur les mesures de prévention en milieu de travail pour les travailleuses enceintes ou qui allaitent, il a été décidé de réaliser une synthèse des connaissances en soutien à la mise à jour des Recommandations intérimaires (version 4.0). L'élaboration et la mise à jour de ces recommandations sont motivées par l'évolution des données probantes concernant l'association entre une infection au SRAS-CoV-2 et des issues défavorables de grossesse, les modes de transmission du SRAS-CoV-2 et la situation épidémiologique actuelle, et la protection conférée par une infection antérieure ou la vaccination.

À cette fin, un document scientifique d'état des connaissances a été élaboré en amont de la mise à jour des recommandations afin de guider et soutenir les décisions de la CMPH-PMSD. Cet état des connaissances se divise en trois parties, ayant chacune une méthodologie et des objectifs propres. La première partie rappelle les principales mesures applicables pour se protéger et prévenir une infection au SRAS-CoV-2. La deuxième partie est constituée d'une revue rapide de la littérature, et dresse un état des connaissances sur les risques associés à la COVID-19 pour les femmes enceintes ou qui allaitent. Finalement, une troisième et dernière partie présente les résultats de divers scénarios statistiques élaborés pour simuler le risque d'accouchement avant terme (AAT) en lien avec une infection à la Covid-19 acquise en milieu de travail pour une population de travailleuses enceintes. Une brève synthèse des principaux éléments d'intérêt sera faite dans cette version 4.0 des Recommandations intérimaires pour justifier les principaux changements apportés aux constats et recommandations. Le document scientifique intégral est disponible pour consultation : [COVID-19 \(SRAS-CoV-2\) : Synthèse des connaissances en appui aux recommandations intérimaires sur les mesures de prévention en milieu de travail pour les travailleuses enceintes ou qui allaitent](#).

Selon le contexte épidémique et l'évolution des connaissances, les recommandations portant sur la COVID-19 sont appelées à changer. Le cas échéant, cette synthèse des connaissances, et les recommandations qui en découlent seront mises à jour avec les nouvelles données probantes disponibles.

Synthèse de l'état des connaissances

Partie 1 – État des connaissances sur le SRAS-CoV-2 et les mesures de prévention et de protection applicables en milieu de travail

Un état des connaissances dresse un portrait de l'épidémiologie du variant Omicron au Québec, des connaissances sur l'immunité associée à un historique d'infection au SRAS-CoV-2 et à la vaccination. Il est complété par un état des connaissances rapide des mesures de protection disponibles en milieu de travail pour les travailleuses enceintes. Le détail des connaissances est disponible dans le document scientifique de référence : *COVID-19 (SRAS-CoV-2) : Synthèse des connaissances en appui aux recommandations intérimaires sur les mesures de prévention en milieu de travail pour les travailleuses enceintes ou qui allaitent*. Les principaux éléments à retenir sont énoncés ci-après :

- ▶ Depuis janvier 2022, les cas de COVID-19 identifiés au Québec sont causés par le variant Omicron et ses sous-lignées.
- ▶ À ce jour, aucune étude scientifique n'a étudié spécifiquement les associations entre l'immunité hybride chez la femme enceinte, caractérisée par une infection antérieure au SRAS-CoV-2 et une vaccination adéquate, et le risque de réinfections au SRAS-CoV-2 durant la grossesse, ou les issues défavorables de la grossesse. Les études d'efficacité vaccinale conduites en 2022 sur les femmes enceintes incluent probablement dans leurs cohortes certaines femmes ayant déjà fait l'infection, mais les résultats ne sont pas stratifiés pour les distinguer des femmes qui ont une immunité acquise par la vaccination seulement.
- ▶ Cependant, on sait que la réponse immunitaire est robuste chez les femmes enceintes et, en l'absence de données spécifiques à ce sous-groupe, il est important de tenir compte des données disponibles dans la population générale pour appuyer et guider la mise à jour des recommandations pour les travailleuses enceintes et qui allaitent. Dans une cohorte de travailleurs de la santé québécois, les personnes ayant fait une infection antérieure liée au variant Omicron et ayant reçu deux ou trois doses de vaccins à ARNm bénéficiaient d'une protection de 96 % (IC 95 % : 95-96 % pour deux doses et 95-97 % pour trois doses) contre une réinfection à BA.2 dans un délai de 30 ou de 90 jours indifféremment (pour toute forme d'infection, incluant les asymptomatiques) (1). Une autre étude cas-témoins test négatif réalisée dans la population générale au Qatar observait qu'une infection antérieure liée à Omicron protégeait quant à elle de la réinfection entre 79,7 % et 83,8 % et de 76,1 % à 89,6 % contre le risque de réinfection symptomatique par BA.4 et BA.5 (2). Dans l'ensemble des études conduites en population générale, l'immunité hybride conférait la meilleure protection contre une réinfection et une infection grave.
- ▶ De plus, dans les situations les plus à risque, il est possible d'optimiser la protection conférée par l'immunité, en utilisant des mesures de protection additionnelles, telles que le port du masque de qualité et le respect de la distanciation physique de deux mètres, afin de limiter le risque d'acquisition de l'infection, par exemple pour la travailleuse enceinte dans certains milieux de travail.
- ▶ Une revue de littérature publiée en 2022 ne permet pas de conclure à une augmentation du risque de transmission du SRAS-CoV-2 de la mère vers le nouveau-né via le lait maternel. À l'heure actuelle, la COVID-19 n'est pas une contre-indication à l'allaitement maternel puisque les bénéfices de l'allaitement surpassent le risque infectieux potentiel lié au contact entre la mère et l'enfant, si la mère devait être infectée.

Partie 2 - Revue rapide de la littérature

Une revue rapide de la littérature a été effectuée, avec pour objectif de documenter le risque d'issues défavorables maternelles et fœtales en lien avec une infection par le variant Omicron, une infection par le SRAS-CoV-2 au 1^{er} ou au 2^e trimestre de la grossesse, et une infection asymptomatique. Trois questions de recherche ont été explorées :

- 1 Une infection durant la grossesse par le variant Omicron est-elle associée à une augmentation d'issues défavorables de la grossesse?
- 2 Quels sont les risques associés à une infection survenue au premier ou au deuxième trimestre de la grossesse?
- 3 Quels sont les effets sur le déroulement et l'issue de la grossesse d'une infection asymptomatique ou bénigne au SRAS-CoV-2?

Cette revue rapide a été réalisée selon des standards méthodologiques rigoureux. La méthodologie est détaillée dans le document scientifique de référence : [COVID-19 \(SRAS-CoV-2\) : Synthèse des connaissances en appui aux recommandations intérimaires sur les mesures de prévention en milieu de travail pour les travailleuses enceintes ou qui allaitent](#). Les critères de sélection des études, l'évaluation de la qualité des études incluses, l'analyse des résultats, et le calcul du niveau de confiance y sont présentés dans la section 2. Les principaux résultats sont détaillés dans le tableau 1 ci-après, et résumés comme suit :

- ▶ Un des risques possibles d'une infection au SRAS-CoV-2 pendant la grossesse serait le risque d'accouchement avant terme (AAT), qui semble associé aux infections symptomatiques acquises au 2^e trimestre de la grossesse avec les variants pré-Omicron. Une infection symptomatique du 1^{er} trimestre pourrait également être associée au risque d'AAT dans une moindre ampleur, mais les données sont insuffisantes pour conclure. Notons que nos résultats n'excluent pas l'hypothèse d'une association entre une infection du 3^e trimestre et l'AAT, cette association n'ayant pas été ciblée dans la présente revue rapide. Le risque d'AAT pourrait persister dans une moindre mesure avec le variant Omicron comparativement à l'absence d'infection, mais là encore les données étaient insuffisantes. Il semblerait toutefois que le risque d'AAT associé à une infection par Omicron soit moins élevé que celui observé pour les infections avec les variants Delta et pré-Delta.
- ▶ Il existe également dans la littérature une association entre une infection asymptomatique (pré-Omicron) et le risque de maladie hypertensive grave de la grossesse. Toutefois, les maladies hypertensives graves sont regroupées dans un seul indicateur composite, variable selon les études. Cela ne permet pas de distinguer une association spécifique entre l'infection au SRAS-CoV-2 et le risque d'une certaine pathologie, comme la pré-éclampsie, l'éclampsie ou le syndrome HELPP (*Hemolysis, Elevated Liver enzymes and Low Platelets*), par exemple. En clinique, il existe un continuum entre la pré-éclampsie, l'éclampsie et le syndrome HELPP. L'association entre prééclampsie et infection au SRAS-CoV-2 ayant été documentée dans plusieurs études, l'absence de données probantes ciblant cette pathologie de manière isolée dans notre revue rapide circonscrite à trois questions de recherche spécifiques ne permet pas d'exclure ce risque pour la femme enceinte en cas d'infection. Néanmoins, les données sur une infection, symptomatique ou non, acquise au 1^{er} ou au 2^e trimestre de la grossesse sont non concluantes, laissant supposer que ce risque pourrait se concentrer sur une infection au dernier trimestre de la grossesse. Aucune littérature n'a été recensée concernant le risque de maladie hypertensive grave associée à une infection par le variant Omicron durant la grossesse, il n'est donc pas possible de conclure sur l'association entre une infection par le variant Omicron et le risque d'éclampsie ou de syndrome HELPP.

- ▶ Les données disponibles dans la littérature sont insuffisantes pour déterminer l'existence, ou non, d'autres associations entre une infection au SRAS-CoV-2 durant la grossesse et des issues maternelles et fœtales défavorables. De plus, l'absence de comparaison de l'incidence des issues défavorables de la grossesse entre la période dominée par le variant Omicron et la période prépandémique ne permet pas de connaître les impacts de l'immunité naturelle, acquise avec une primo-infection, et/ou de l'immunité résultant de la vaccination, sur la comparaison des issues défavorables observées durant la période Omicron avec les risques de base observés avant la pandémie. L'absence de nouvelles données probantes durant la période Omicron, qui dure depuis décembre 2021, pourrait être un indicateur de l'absence d'une augmentation des issues défavorables de la grossesse avec ce variant spécifique et ses sous-lignées, ou bien une conséquence de la difficulté à identifier les cas et les contrôles avec l'abandon progressif, depuis 2022, des stratégies de dépistage massives instaurées en 2020 et 2021 au plan international.

Tableau 1 Synthèse des résultats de la revue de littérature

| Issue défavorable | Infection par le variant Omicron vs absence d'infection (tous trimestres) | Infection par le variant Omicron vs variants pré-Omicron (tous trimestres) | Infection acquise au 1er trimestre (pré-Omicron) | Infection acquise au 2e trimestre (pré-Omicron) | Infection asymptomatique (tous trimestres) (pré-Omicron) |
|---|---|---|--|---|--|
| IPAG | - | - | Absence d'association (DdC modéré) | Absence d'association (DdC faible) | - |
| RPM | - | - | Données insuffisantes pour conclure | - | - |
| AAT < 37 semaines | Données insuffisantes pour conclure | Diminution de risque Omicron vs Delta et absence de différence Omicron vs pré-Delta (DdC faible) | Augmentation de risque (DdC faible) | Augmentation de risque (DdC modéré) | Absence d'association (DdC modéré) |
| Pré-éclampsie | - | Données insuffisantes pour conclure (vs Delta et pré-Delta) | Données insuffisantes pour conclure | - | - |
| Maladies hypertensives graves (indicateur composite) | - | - | - | Données insuffisantes pour conclure | Augmentation de risque (DdC modéré) |
| Mortinaissance | - | Données insuffisantes pour conclure (vs Delta et pré-Delta) | Absence d'association (DdC faible) | Absence d'association (DdC faible) | - |
| Accouchement par césarienne | - | - | Absence d'association (DdC faible) | Données insuffisantes pour conclure | Absence d'association (DdC faible) |
| Hospitalisation de la femme enceinte aux soins intensifs | - | Diminution du risque Omicron vs Delta (DdC faible) et données insuffisantes pour Omicron vs pré-Delta | - | - | - |
| Morbidité maternelle sévère (indicateur composite) | Données insuffisantes pour conclure | - | - | - | Absence d'association (DdC faible) |
| Morbidité néonatale (indicateur composite) | - | - | - | - | Absence d'association (DdC modéré) |
| Décès maternel | - | Données insuffisantes pour conclure (vs Delta et pré-Delta) | - | - | - |
| Décès néonatal | - | - | - | - | Données insuffisantes pour conclure |

Abréviations : AAT = accouchement avant terme, DdC = degré de confiance, IPAG = insuffisance de poids pour l'âge gestationnel, RPM = rupture prématurée des membranes. Le tiret dans les cases vides signifie que l'association n'a pas été analysée, faute de données recensées dans la littérature scientifique.

Partie 3 – Données observationnelles et simulées sur le risque d'AAT des femmes enceintes en période pandémique

Une estimation du risque AAT observé et simulé chez des femmes enceintes exposées au SRAS-CoV-2 a été réalisée, pour répondre à deux objectifs :

1. Décrire la proportion d'AAT observés dans la population des femmes enceintes québécoises, en fonction de l'infection et du statut vaccinal, durant la période de la pandémie qui a précédé l'émergence du variant Omicron.
2. Estimer par simulation statistique le nombre d'AAT associés au milieu de travail dans le contexte de la pandémie de SRAS-CoV-2 chez les travailleuses enceintes québécoises.

La méthodologie employée, les résultats détaillés, et les limites propres à chacun de ces exercices statistiques sont disponibles dans le document scientifique de référence : [COVID-19 \(SRAS-CoV-2\) : Synthèse des connaissances en appui aux recommandations intérimaires sur les mesures de prévention en milieu de travail pour les travailleuses enceintes ou qui allaitent](#). Les principaux éléments à retenir sont les suivants :

- Le premier exercice statistique a été effectué à partir des données observées dans la population québécoise pour décrire la proportion d'AAT observés chez les femmes enceintes québécoises en période pré-Omicron, en fonction de l'infection et du statut vaccinal. Le risque d'AAT observé parmi 44 920 femmes enceintes au Québec durant la période pandémique pré-Omicron est supérieur au risque de base observé chez les femmes enceintes québécoises en 2019, avant l'apparition du SRAS-CoV-2. L'occurrence d'une infection pendant la grossesse pourrait être associée à une augmentation du risque d'AAT, tandis qu'une vaccination complète pourrait diminuer ce risque. Des analyses explicatives poussées seront nécessaires pour vérifier ces hypothèses, au Québec et dans les pays développés.
- Un second exercice a ensuite été réalisé pour estimer par simulation statistique le nombre d'AAT associés au milieu de travail dans le contexte de la pandémie de SRAS-CoV-2 chez les travailleuses enceintes québécoises, sous l'hypothèse d'une association entre le travail et l'AAT, médiée par une infection au SRAS-CoV-2. Cet exercice a permis d'illustrer le risque d'AAT attribuable à une infection par le SRAS-CoV-2 acquise en milieu de travail pour chaque vague de la pandémie au Québec, entre 2020 et 2022. Les auteurs recommandent de ne pas focaliser sur les données chiffrées, puisque de nombreuses données incluses dans leurs calculs sont des extrapolations. Les scénarios présentés ne sont pas exhaustifs et comportent de nombreuses limites méthodologiques. Toutefois, les ordres de grandeur et les tendances observés dans ces scénarios représentent une approximation des données qui auraient pu être observées dans la population des femmes enceintes québécoises. Les grands constats à retenir sont que la fraction d'AAT qui serait attribuable à une infection au SRAS-CoV-2 acquise en milieu de travail approxime les 10 %, tous milieux de travail confondus. Dans certains secteurs de risque où l'exposition au risque est plus importante, comme pour le secteur de la santé, cette fraction attribuable pourrait être majorée. Dans le cadre du programme PMSD, les recommandations étaient de retirer les travailleuses enceintes de leur milieu de travail durant les deux premières années de la pandémie. Les résultats de notre simulation suggèrent donc qu'environ 10 % d'AAT supplémentaires auraient été évités durant cette période grâce aux mesures du programme PMSD, sans tenir compte des mesures de prévention et de protection additionnelles mises en place.
- Toutefois, même en l'absence d'affectation ou de retrait préventif de la travailleuse enceinte, on observe une association inverse entre le risque d'infection et la fraction attribuable lorsqu'un facteur de protection est introduit dans les calculs. Plus le niveau de protection vis-à-vis du risque d'acquisition de l'infection augmente, et plus la fraction attribuable du risque d'AAT lié à une acquisition de l'infection en milieu de travail diminue. Cette observation soutient la nécessité de promouvoir l'adoption de certaines mesures de prévention et de protection de l'infection au SRAS-CoV-2. Par exemple, la vaccination confère un certain niveau de protection qui pourrait contrebalancer, en tout ou en partie selon l'efficacité

du vaccin, la surexposition au risque infectieux associée au milieu de travail, qui s'ajoute au risque d'acquisition communautaire pour les travailleuses enceintes.

Interprétation des nouvelles connaissances

Cet exercice de mise à jour des connaissances nous amène à revoir l'appréciation du risque d'issues défavorables de la grossesse associé à l'infection au SRAS-CoV-2.

Les informations disponibles dans la revue rapide de la littérature sont rassurantes, bien qu'elles ne permettent pas de répondre avec certitude à plusieurs des questions soulevées. Elles soutiennent un retour à des mesures moins restrictives, compatibles avec le principe de précaution. Celui-ci avait également guidé les premières recommandations formulées à l'hiver 2020 dans le contexte d'incertitude des effets observés du SRAS-CoV-2 sur la grossesse. Malgré les limites propres à chacune des études recensées, la réalisation d'études récentes n'a pas mis en lumière de nouveaux risques pour la grossesse par rapport à ceux documentés depuis le début de la pandémie, soit l'AAT et les pathologies hypertensives graves de la grossesse. L'évolution de la pandémie rend par ailleurs peu probable la capacité de répondre à certaines questions de recherche précises dans le futur. La considération des résultats des études, de l'évolution du contexte épidémiologique, de l'immunité collective, et des mesures sanitaires actuellement en place dans les milieux de travail et dans la population nous conduit à proposer des recommandations moins restrictives à l'intention des travailleuses enceintes.

L'infection symptomatique, tous variants confondus, semble associée à un risque accru d'AAT, peu importe le trimestre d'acquisition de l'infection. Cette augmentation de risque ne semble pas associée à l'infection asymptomatique. L'augmentation relative du risque pourrait être plus importante lorsque l'acquisition de l'infection a lieu au premier ou au deuxième trimestre de la grossesse, en association avec un AAT d'autant plus précoce que l'infection survient tôt en grossesse. Toutefois, le risque attribuable absolu reste probablement bas en raison de la plus faible incidence des AAT précoces dans la population par rapport aux AAT plus tardifs.

L'infection au troisième trimestre de la grossesse, tous variants confondus, qu'elle soit symptomatique ou non, semble associée à une augmentation du risque de pathologies hypertensives graves de la grossesse (syndrome HELLP, éclampsie, prééclampsie). En effet, l'association est observée dans les études portant sur les infections tout au long de la grossesse, mais pas dans celles où on a isolé l'infection au premier ou au deuxième trimestre comme facteur de risque. Par ailleurs, l'infection ne semble pas associée à un risque accru de prééclampsie. Le risque attribuable absolu reste probablement faible en raison de la plus faible incidence des pathologies hypertensives graves de la grossesse (< 1 % des grossesses) par rapport au risque de base de prééclampsie (3 à 7 % des grossesses) dans la population.

Aucune association statistique n'est observée entre les autres issues défavorables de la grossesse et l'infection au SRAS-CoV-2, symptomatique ou non, tous variants confondus. Cependant, la revue de littérature effectuée par le Groupe scientifique maternité et travail de l'INSPQ au début de ses travaux (3) concluait à une augmentation des risques d'AAT, d'insuffisance de poids pour l'âge gestationnel (vraisemblablement en lien avec un AAT et non avec un retard de croissance intra-utérin), et de prééclampsie.

À notre connaissance, depuis l'automne 2022 où l'immunité vaccinale ou hybride est élevée dans la population, aucun organisme national/international n'a publié de portrait populationnel incluant des données spécifiques aux femmes enceintes. L'absence d'alerte de la part de ces organismes pour informer que les taux observés des issues défavorables de la grossesse seraient augmentés de façon marquée dans la population mondiale est somme toute rassurante quant aux impacts populationnels de la COVID-19 sur les femmes enceintes.

Il est peu probable que des études en cours ou futures soient plus informatives sur l'efficacité vaccinale ou sur l'impact d'une infection antérieure à prévenir spécifiquement les issues défavorables de la grossesse. En effet, dans les études plus récentes portant sur les femmes enceintes, le groupe de comparaison non infecté ou non vacciné est de taille de plus en plus limitée. Par ailleurs, l'information à l'échelle individuelle sur le nombre de doses, le délai depuis la dernière infection ou la dernière vaccination est rarement disponible pour faire des analyses stratifiées. Il devient également difficile de documenter les infections en raison du recours moins systématique aux tests, et du portrait clinique plus souvent bénin du variant Omicron et de ses sous-lignées. Ces limites rendent aussi difficile de mener des études sur les issues défavorables de la grossesse qui sont plus rares ou sur les variants plus récents de façon spécifique.

Les données de modélisation illustrent qu'en posant l'hypothèse d'un facteur de protection de l'ordre de l'efficacité de l'immunité hybride, le risque d'un AAT attribuable à une infection au SRAS-CoV-2 acquis au travail est réduit de manière très significative dans tous les secteurs d'activité économique. De plus, les données disponibles supportent l'hypothèse que l'immunité acquise durant la grossesse n'est pas différente de celle acquise avant la grossesse, ou par une femme non enceinte.

L'immunité hybride, en réduisant de façon importante le risque d'infection symptomatique, est donc susceptible de limiter considérablement le risque d'AAT. Bien que l'impact de l'immunité hybride sur la réduction du risque d'infection asymptomatique soit beaucoup moindre que sur la réduction des infections graves ou symptomatiques, le risque résiduel absolu d'une pathologie hypertensive grave de la grossesse attribuable à une infection par le SRAS-CoV-2 est probablement faible en raison de la rareté de ces pathologies dans la population et de la réduction de la gravité des infections associées aux sous-variants Omicron.

Les deux éléments susceptibles de modifier notre appréciation du risque sont l'épidémiologie de la maladie et l'apparition d'un nouveau variant qui aurait des effets différents sur la grossesse. À moins de l'apparition d'un nouveau variant aux caractéristiques particulières de transmissibilité, ou d'échappement immunitaire, il est probable que l'incidence de l'infection se stabilise ou continue de décroître dans la population, ce qui pourrait significativement réduire le risque de conséquences graves associées à l'infection acquise en milieu de travail. En raison de la stabilité des effets observés sur la grossesse d'un variant à l'autre depuis le début de la pandémie, la probabilité d'apparition d'un variant qui aurait des effets différents semble faible. Dans ce cas de figure très peu probable, l'ensemble de l'appréciation du risque devrait être révisée.

En raison de l'immunité individuelle et collective et des caractéristiques des sous-lignées actuellement en circulation, le risque spécifique d'acquisition de l'infection associé à certaines tâches de travail est globalement réduit. La gradation du risque demeure la même et aucune donnée ne semble indiquer qu'il faudrait apporter des changements dans la gradation du risque selon les tâches. Ainsi, les tâches les plus à risque demeurent celles de proximité sans protection auprès de patients malades de la COVID. Les tâches où la distance de deux mètres est maintenue en tout temps avec les collègues ou les clients représentent un risque négligeable de transmission de l'infection.

Dans ce contexte, la recommandation de mesures moins restrictives pour les femmes enceintes au travail semble compatible avec le principe de prudence. Ainsi, dépendamment de leur milieu de travail, les travailleuses ayant une immunité hybride pourraient accomplir leurs tâches de travail sans restriction particulière supplémentaire par rapport à leurs collègues réalisant les mêmes tâches et ce peu importe le délai depuis la dernière infection ou la dernière dose reçue de vaccin. Les travailleuses n'ayant pas une immunité hybride pourraient réaliser la majorité de leurs tâches en portant un masque de qualité lorsque la tâche requiert un contact sans barrière physique à moins de deux mètres d'un client ou d'un collègue. Les recommandations plus détaillées sont présentées ci-après.

Constats et recommandations pour les travailleuses enceintes

Considérant que :

- ▶ La revue de littérature effectuée par le Groupe scientifique maternité et travail de l'INSPQ au début de ses travaux (3) concluait à une augmentation des risques d'AAT, d'insuffisance de poids pour l'âge gestationnel (vraisemblablement en lien avec un AAT et non avec un retard de croissance intra-utérin), et de prééclampsie, en lien avec une infection par le SRAS-CoV-2.
- ▶ L'infection symptomatique au SRAS-CoV-2 semble associée à une augmentation du risque d'accouchement avant-terme, peu importe le trimestre d'acquisition de l'infection.
- ▶ L'infection au SRAS-CoV-2, qu'elle soit symptomatique ou non, semble associée à une augmentation du risque de pathologies hypertensives graves de la grossesse, probablement en lien avec une infection du 3^e trimestre de la grossesse. En effet, cette association n'est pas observée pour les infections du 1^{er} ou du 2^e trimestre uniquement. Les études de la revue rapide ciblant les infections par le variant Omicron, et les infections asymptomatiques ou du 1^{er} et 2^e trimestre, ne semblent pas montrer d'association entre l'infection et d'autres issues défavorables de la grossesse. Le variant Omicron et ses sous-lignées sont les souches qui circulent depuis plusieurs mois. L'épidémiologie de l'infection est à un plateau de forte endémicité depuis septembre 2022.
- ▶ L'immunité hybride conférée à la fois par la vaccination et par l'infection protège contre l'infection grave et symptomatique davantage que contre l'infection asymptomatique.
- ▶ L'immunité naturelle offre une protection plus grande et plus soutenue dans le temps que la vaccination seule, l'immunité hybride offrant la meilleure protection.
- ▶ Dans des scénarios de simulation, l'introduction d'un paramètre de protection additionnel d'au moins 50 %, comme l'immunité hybride, réduit significativement le risque ATT associé au milieu de travail dans le contexte de la pandémie de COVID-19.
- ▶ Le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) et le Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ) recommandent de proposer aux femmes enceintes une dose de rappel de vaccin depuis l'hiver 2023, à n'importe quel stade de la grossesse et, quel que soit le nombre de doses de rappel précédemment reçues, en respectant un intervalle minimal de six mois après la dernière dose ou après une infection au SRAS-CoV-2 confirmée¹.

Les recommandations détaillées dans les sections suivantes tiennent compte du type de milieu de travail et de l'immunité de la travailleuse. Les travailleuses ayant une immunité hybride et celles ne bénéficiant pas de ce statut bénéficient de recommandations différentes.

Définition de l'immunité hybride

L'immunité hybride est caractérisée par une vaccination de base complétée (primo-vaccination 2 doses + 1 dose de rappel, soit 3 doses au minimum), peu importe le délai depuis la dernière dose et une histoire d'infection à la COVID-19 depuis l'apparition du variant Omicron confirmée par un test de détection antigénique rapide (TDAR) ou un test PCR positif après le 26 décembre 2021.

¹ Voir l'avis scientifique intérimaire du Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ) : [Administration de doses de rappel du vaccin contre la COVID-19 : recommandations pour l'hiver et le printemps 2023](#)

Par ailleurs, les recommandations qui suivent ont été élaborées selon une gradation du risque d'exposition au virus, incluant l'analyse des tâches et le mode de transmission du virus. Les interventions médicales pouvant générer des aérosols (IMGA) et les soins aux cas hospitalisés sont considérés à risque plus élevé de transmission que d'autres tâches dans d'autres milieux. Ainsi, des recommandations spécifiques sont formulées ci-après selon le secteur d'activité dans lequel œuvre la travailleuse : santé (en milieux de soins et hors milieu de soins), milieux scolaires et de garde à la petite enfance, thanatopraxie, médecine vétérinaire ou santé animale, clinique dentaire et autres secteurs d'activité.

1 Travailleuses de la santé² (en milieux de soins et hors milieu de soins)

1.1 Pour les travailleuses enceintes ayant une immunité hybride

Caractérisée par une vaccination de base complétée (primo-vaccination 2 doses + 1 dose de rappel, soit un minimum de 3 doses), peu importe le délai depuis la dernière dose et une histoire d'infection à la COVID-19 depuis l'apparition du variant Omicron confirmée par un test TDAR ou un test PCR positif après le 26 décembre 2021, il faut :

- ▶ Respecter l'ensemble des mesures de prévention de la COVID-19 en vigueur dans son milieu de travail (4), notamment le recours aux mesures additionnelles lorsque le contexte le requiert (5,6). Par exemple, porter les équipements de protection individuels (EPI) requis pour les tâches et lors d'éclosions (7-10). Le port du masque demeure recommandé en milieu de soins pour tous lors des contacts à moins de deux mètres de personnes symptomatiques (fièvre, toux, mal de gorge), incluant les collègues de travail (11).
- ▶ Éviter les tâches réalisées à moins de deux mètres de patients avec un diagnostic confirmé de COVID-19 depuis moins de 10 jours (ou selon la durée établie par l'équipe de prévention et contrôle des infections, par exemple pour des patients immunosupprimés) et de patients symptomatiques en attente d'un résultat de test de COVID-19, que la travailleuse porte ou non des équipements de protection individuels.
- ▶ Éviter la présence dans un local au moment où se déroulent des interventions médicales ou dentaires générant des aérosols et des autopsies auprès de patients avec un diagnostic confirmé de COVID-19 depuis moins de 10 jours (ou selon la durée établie par l'équipe de prévention et contrôle des infections, par exemple pour des patients immunosupprimés) et de patients symptomatiques en attente d'un résultat de test de COVID-19, que la travailleuse porte ou non des équipements de protection individuels. Après le déroulement d'une intervention générant des aérosols chez un cas confirmé ou suspecté, respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant l'entrée dans la pièce.

1.2 Pour les travailleuses qui n'ont pas une immunité hybride

- ▶ Il faut respecter l'ensemble des mesures de prévention de la COVID-19 en vigueur dans son milieu de travail (4), notamment le recours aux mesures additionnelles lorsque le contexte le requiert (5,6), par exemple lors d'éclosions.
 - ▶ Pour les milieux de soins, respecter les mesures recommandées par l'équipe de prévention et contrôle des infections de l'établissement, et consulter les autorités concernées de l'établissement afin de déterminer une affectation adéquate.

² Dans le contexte de l'application de cette recommandation, une travailleuse de la santé est une travailleuse qui dispense des soins de santé, peu importe le lieu de travail, ou qui offre des services aux usagers d'un milieu de soins.

- ▶ Il faut porter le masque médical (par la travailleuse enceinte) lors des contacts à moins de deux mètres avec les collègues et la clientèle³, **ou** mettre en place une barrière physique de qualité⁴ (sur les lieux de travail, incluant dans les véhicules) tels une vitre de séparation ou un Plexiglas, pour tous les contacts à moins de deux mètres, à la condition qu'elle n'entrave pas la ventilation⁵. Malgré le port du masque ou la présence d'une barrière physique de qualité, il demeure recommandé de :
 - ▶ Éliminer les contacts (incluant les soins, les prélèvements, les examens médicaux, les examens paracliniques et le traitement) à moins de deux mètres de patients et des collègues ayant un diagnostic confirmé ou suspecté de COVID-19 depuis moins de 10 jours (ou selon la durée établie par l'équipe de prévention et contrôle des infections, par exemple pour des patients immunosupprimés), que la travailleuse porte ou non des équipements de protection individuels.
 - ▶ Éliminer la présence dans un local au moment où sont réalisées des interventions médicales et dentaires générant des aérosols et après le déroulement de celles-ci, selon le temps d'attente requis en fonction des caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %), à moins que toute la clientèle doive déjà, dans le cadre des activités, systématiquement fournir un résultat négatif récent (moins de 48 heures) d'un test de dépistage⁶ de la COVID-19.
 - ▶ Éliminer la présence lors d'autopsies et la gestion des dépouilles qui étaient des cas confirmés ou suspectés de COVID-19.
- ▶ Le fait de croiser (durant une très courte période) une personne à la fois à moins de deux mètres, sans contact et sans s'arrêter, représente un risque très peu significatif de s'infecter (ex. : dans les corridors, les escaliers, etc.) et aucune mesure préventive n'est recommandée pour cette situation.
- ▶ Pour les situations où le port du masque médical n'est pas possible, par exemple lors des repas, il faut s'assurer de respecter la distance de deux mètres avec les clients et les collègues ou prévoir des barrières physiques (ex. : Plexiglas). Par exemple : aménager des espaces individuels désignés dans les salles à manger et salles de repos pour les travailleuses enceintes, ou instaurer d'autres mesures permettant le respect de la distanciation (par exemple, horaire de pause décalé).

De plus, l'administration d'une dose de rappel de vaccin contre la COVID-19 est recommandée durant la grossesse aux femmes qui n'ont jamais fait l'infection et dont l'administration de la dernière dose remonte à plus de 6 mois et ce quel que soit le nombre de doses de rappel précédemment reçues, conformément aux recommandations du [CIQ](#).

En cas d'éclosion, pour les travailleuses qui n'ont pas une immunité hybride : pour les lieux de travail où il y a de l'hébergement de personnes malades, comme les centres hospitaliers et les milieux de vie où on retrouve des travailleurs : centre de détention, centre d'accueil ou résidence pour aînés, centre d'hébergement de soins de longue durée, centre jeunesse, en cas d'éclosion, telle que définie par la présence d'au moins deux cas avec un lien épidémiologique dans son environnement immédiat de travail (département, unité), le port du masque en tout temps est recommandé. Pour les situations où le masque ne peut pas être porté par la travailleuse (ex. : repas), une barrière physique (ex. : Plexiglas) ou la distanciation de deux mètres avec les collègues ou patients qui fréquentent le département en éclosion est recommandée.

³ Le port du masque de qualité est également requis dans les situations où il l'est pour tous les travailleurs (par exemple, au moment de publier ce document, le port du masque de qualité est requis pour certaines tâches en milieu de soins).

⁴ Les critères énumérés dans le document [Hiérarchie des mesures de contrôle de la COVID-19 en milieu de travail](#) (p. 5) peuvent servir de guide pour évaluer la qualité d'une barrière physique.

⁵ Les équipements de protection individuelle (tels le masque, les lunettes ou la visière) ne sont pas considérés comme une barrière physique.

⁶ Excluant les tests antigéniques.

2 Travailleuses des milieux scolaires et de garde à la petite enfance

2.1 Pour les travailleuses enceintes ayant une immunité hybride

Caractérisée par une vaccination de base complétée (primo-vaccination 2 doses + 1 dose de rappel, soit un minimum de 3 doses), peu importe le délai depuis la dernière dose et une histoire d'infection à la COVID-19 depuis l'apparition du variant Omicron confirmée par un test TDAR ou un test PCR positif :

- ▶ Il faut respecter l'ensemble des mesures de prévention de la COVID-19 en vigueur dans son milieu de travail (4), notamment le recours aux mesures additionnelles lorsque le contexte le requiert (5,6). Le port du masque demeure une mesure prudente pour tous lors des contacts à moins de deux mètres de personnes symptomatiques (fièvre, toux, mal de gorge), particulièrement lorsqu'un ou plusieurs cas de COVID-19 sont suspectés dans le milieu de travail immédiat (groupe ou classe).
- ▶ Éviter les contacts à moins de deux mètres avec des cas confirmés de COVID depuis moins de 10 jours, que la travailleuse enceinte porte un masque de qualité ou non.

2.2 Pour les travailleuses qui n'ont pas une immunité hybride

- ▶ Il faut respecter l'ensemble des mesures de prévention de la COVID-19 en vigueur dans son milieu de travail (4), notamment le recours aux mesures additionnelles lorsque le contexte le requiert (5,6).
- ▶ Il faut porter le masque de qualité (par la travailleuse enceinte) lors des contacts à moins de deux mètres avec les collègues et les enfants ou les élèves⁷, **ou** mettre en place une barrière physique de qualité⁸ sur les lieux de travail (incluant dans les véhicules) tels une vitre de séparation ou un Plexiglas, pour tous les contacts à moins de deux mètres, à la condition qu'elle n'entrave pas la ventilation⁹. Malgré le port du masque ou la présence d'une barrière physique de qualité, il demeure recommandé de :
 - ▶ Éliminer les contacts à moins de deux mètres avec des cas confirmés de COVID depuis moins de 10 jours et les personnes symptomatiques en attente d'un résultat de test de COVID-19, que la travailleuse enceinte porte un masque de qualité ou non.
- ▶ Pour les situations où le port du masque de qualité n'est pas possible, par exemple lors des repas, il faut s'assurer de respecter la distance de deux mètres avec les élèves, les enfants et les collègues ou prévoir les barrières physiques (ex. : Plexiglas). Par exemple : aménager des espaces individuels désignés dans les salles à manger et salles de repos pour les travailleuses enceintes, ou instaurer d'autres mesures permettant le respect de la distanciation (par exemple, horaire de pause décalé).
- ▶ Le fait de croiser (durant une très courte période) une personne à la fois à moins de deux mètres, sans contact et sans s'arrêter, représente un risque très peu significatif de s'infecter (ex. : dans les corridors, les escaliers, etc.) et aucune mesure préventive n'est recommandée pour cette situation.
- ▶ Il n'y a pas de recommandation supplémentaire pour les travailleuses enceintes des milieux scolaires et des milieux de garde/CPE, lorsque plusieurs cas de COVID sont suspectés ou déclarés dans le groupe, la classe ou dans l'école.

⁷ Le port du masque de qualité est également requis dans les situations où il l'est pour tous les travailleurs (par exemple, au moment de publier ce document, le port du masque de qualité est requis pour certaines tâches en milieu de soins).

⁸ Les critères énumérés dans le document [Hiérarchie des mesures de contrôle de la COVID-19 en milieu de travail](#) (p. 5) peuvent servir de guide pour évaluer la qualité d'une barrière physique.

⁹ Les équipements de protection individuelle (tels le masque, les lunettes ou la visière) ne sont pas considérés comme une barrière physique.

De plus, l'administration d'une dose de rappel de vaccin contre la COVID-19 est recommandée durant la grossesse aux femmes qui n'ont jamais fait l'infection et dont l'administration de la dernière dose remonte à plus de 6 mois et ce quel que soit le nombre de doses de rappel précédemment reçues, conformément aux recommandations du CIQ.

3 Travailleuses en thanatopraxie

3.1 Pour les travailleuses enceintes ayant une immunité hybride

Caractérisée par une vaccination de base complétée (primo-vaccination 2 doses + 1 dose de rappel, soit un minimum de 3 doses), peu importe le délai depuis la dernière dose et une histoire d'infection à la COVID-19 depuis l'apparition du variant Omicron confirmée par un test TDAR ou un test PCR positif.

- ▶ Il faut respecter l'ensemble des mesures de prévention de la COVID-19 en vigueur dans son milieu de travail (4), notamment le recours aux mesures additionnelles lorsque le contexte le requiert (5,6). Le port du masque demeure une mesure prudente pour tous lors des contacts à moins de deux mètres de personnes ayant un diagnostic confirmé de COVID-19 depuis moins de 10 jours et de personnes symptomatiques (fièvre, toux, mal de gorge), particulièrement lorsqu'un ou plusieurs cas de COVID-19 sont suspectés dans le milieu de travail immédiat.
- ▶ Il faut éviter la présence dans la pièce au moment où se déroulent des interventions de thanatopraxie générant des aérosols auprès de personnes qui étaient des cas confirmés ou suspectés de COVID-19. Après le déroulement d'une intervention générant des aérosols chez un cas confirmé ou suspecté, respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant l'entrée dans la pièce.

3.2 Pour les travailleuses qui n'ont pas une immunité hybride

- ▶ Il faut respecter l'ensemble des mesures de prévention de la COVID-19 en vigueur dans son milieu de travail (4), notamment le recours aux mesures additionnelles lorsque le contexte le requiert (5,6).
- ▶ Il faut porter le masque de qualité (par la travailleuse enceinte) lors des contacts à moins de deux mètres avec les collègues et les clients¹⁰, **ou** mettre en place une barrière physique de qualité¹¹ (sur les lieux de travail, incluant dans les véhicules) tels une vitre de séparation ou un Plexiglas, pour tous les contacts à moins de deux mètres, à la condition qu'elle n'entrave pas la ventilation¹². Malgré le port du masque ou la présence d'une barrière physique de qualité, il demeure recommandé de :
 - ▶ Éliminer la gestion des dépouilles qui étaient des cas confirmés ou suspectés de COVID-19;
 - ▶ Éliminer la présence dans un local au moment où se déroulent des interventions de thanatopraxie générant des aérosols et après le déroulement de celles-ci, selon le temps d'attente requis en fonction des caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %), à moins d'avoir un résultat négatif d'un test de dépistage¹³ de la COVID-19 dans les 48 heures précédant le décès.

¹⁰ Le port du masque de qualité est également requis dans les situations où il l'est pour tous les travailleurs (par exemple, au moment de publier ce document, le port du masque de qualité est requis pour certaines tâches en milieu de soins).

¹¹ Les critères énumérés dans le document [Hiérarchie des mesures de contrôle de la COVID-19 en milieu de travail](#) (p. 5) peuvent servir de guide pour évaluer la qualité d'une barrière physique.

¹² Les équipements de protection individuelle (tels le masque, les lunettes ou la visière) ne sont pas considérés comme une barrière physique.

¹³ Excluant les tests antigéniques.

- ▶ Éliminer les contacts à moins de deux mètres avec des cas confirmés de COVID depuis moins de 10 jours et les personnes symptomatiques en attente d'un résultat de test de COVID-19, que la travailleuse enceinte porte un masque de qualité ou non.
- ▶ Pour les situations où le port du masque de qualité n'est pas possible, par exemple lors des repas, il faut s'assurer de respecter la distance de deux mètres avec les clients et les collègues ou prévoir les barrières physiques (ex. : Plexiglas). Par exemple : aménager des espaces individuels désignés dans les salles à manger et salles de repos pour les travailleuses enceintes ou instaurer d'autres mesures permettant le respect de la distanciation (par exemple, horaire de pause décalé).
- ▶ Le fait de croiser (durant une très courte période) une personne à la fois à moins de deux mètres, sans contact et sans s'arrêter, représente un risque très peu significatif de s'infecter (ex. : dans les corridors, les escaliers, etc.) et aucune mesure préventive n'est recommandée pour cette situation.
- ▶ Il n'y a pas de recommandation supplémentaire pour les travailleuses enceintes lorsque plusieurs cas de COVID sont suspectés ou déclarés dans son milieu de travail.

De plus, l'administration d'une dose de rappel de vaccin contre la COVID-19 est recommandée durant la grossesse aux femmes qui n'ont jamais fait l'infection et dont l'administration de la dernière dose remonte à plus de six mois et ce quel que soit le nombre de doses de rappel précédemment reçues, conformément aux recommandations du [CIQ](#).

4 Travailleuses en médecine vétérinaire ou en santé animale

4.1 Pour les travailleuses enceintes ayant une immunité hybride

Caractérisée par une vaccination de base complétée (primo-vaccination 2 doses + 1 dose de rappel, soit un minimum de 3 doses), peu importe le délai depuis la dernière dose et une histoire d'infection à la COVID-19 depuis l'apparition du variant Omicron confirmée par un test TDAR ou un test PCR positif.

- ▶ Il faut respecter l'ensemble des mesures de prévention de la COVID-19 en vigueur dans son milieu de travail (4), notamment le recours aux mesures additionnelles lorsque le contexte le requiert (5,6). Le port du masque demeure une mesure prudente pour tous lors des contacts à moins de deux mètres de personnes ayant un diagnostic confirmé de COVID-19 depuis moins de 10 jours et de personnes symptomatiques (fièvre, toux, mal de gorge), particulièrement lorsqu'un ou plusieurs cas des COVID-19 sont suspectés dans le milieu de travail immédiat.
- ▶ Il faut éviter la présence dans un local au moment où se déroulent des interventions vétérinaires générant des aérosols chez un animal confirmé atteint de la COVID-19 ou un animal symptomatique en attente d'un résultat de test de COVID-19. Après le déroulement d'une intervention générant des aérosols chez un animal confirmé ou suspecté atteint de la COVID-19, respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant l'entrée dans la pièce.
- ▶ Il faut éviter les tâches réalisées à moins de deux mètres d'animaux avec un diagnostic confirmé de COVID-19 depuis moins de 10 jours, que la travailleuse porte ou non des équipements de protection individuels.

4.2 Pour les travailleuses qui n'ont pas une immunité hybride

- ▶ Il faut respecter l'ensemble des mesures de prévention de la COVID-19 en vigueur dans son milieu de travail (4), notamment le recours aux mesures additionnelles lorsque le contexte le requiert (5,6).

- ▶ Il faut porter le masque de qualité (par la travailleuse enceinte) lors des contacts à moins de deux mètres avec les collègues et les clients¹⁴ **ou** mettre en place une barrière physique de qualité¹⁵ (sur les lieux de travail, incluant dans les véhicules) tels une vitre de séparation ou un Plexiglas, pour tous les contacts à moins de deux mètres, à la condition qu'elle n'entrave pas la ventilation¹⁶. Malgré le port du masque ou la présence d'une barrière physique de qualité, il demeure recommandé de :
 - ▶ Éliminer les contacts à moins de deux mètres avec des cas confirmés de COVID (clients, collègues et animaux) depuis moins de 10 jours et les personnes symptomatiques en attente d'un résultat de test de COVID-19, que la travailleuse enceinte porte un masque de qualité ou non;
 - ▶ Éliminer la présence dans un local au moment où se déroulent des interventions vétérinaires générant des aérosols et après le déroulement de celles-ci, selon le temps d'attente requis en fonction des caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %), chez un animal suspecté ou confirmé atteint de la COVID-19.
- ▶ Pour les situations où le port du masque de qualité n'est pas possible, par exemple lors des repas, il faut s'assurer de respecter la distance de deux mètres avec les clients et les collègues ou prévoir les barrières physiques (ex. : Plexiglas). Par exemple : aménager des espaces individuels désignés dans les salles à manger et salles de repos pour les travailleuses enceintes ou instaurer d'autres mesures permettant le respect de la distanciation (par exemple, horaire de pause décalé).
- ▶ Le fait de croiser (durant une très courte période) une personne à la fois à moins de deux mètres, sans contact et sans s'arrêter, représente un risque très peu significatif de s'infecter (ex. : dans les corridors, les escaliers, etc.) et aucune mesure préventive n'est recommandée pour cette situation.
- ▶ Il n'y a pas de recommandation supplémentaire pour les travailleuses enceintes lorsque plusieurs cas de COVID sont suspectés ou déclarés dans son milieu de travail.

De plus, l'administration d'une dose de rappel de vaccin contre la COVID-19 est recommandée durant la grossesse aux femmes qui n'ont jamais fait l'infection et dont l'administration de la dernière dose remonte à plus de 6 mois et ce quel que soit le nombre de doses de rappel précédemment reçues, conformément aux recommandations du [CIQ](#).

5 Travailleuses du secteur de la santé dentaire (en clinique et en CISS-CIUSSS)

5.1 Pour les travailleuses enceintes ayant une immunité hybride

Caractérisée par une vaccination de base complétée (primo-vaccination 2 doses + 1 dose de rappel, soit un minimum de 3 doses), peu importe le délai depuis la dernière dose et une histoire d'infection à la COVID-19 depuis l'apparition du variant Omicron confirmée par un test TDAR ou un test PCR positif :

- ▶ Il faut respecter l'ensemble des mesures de prévention de la COVID-19 en vigueur dans son milieu de travail (4), notamment le recours aux mesures additionnelles lorsque le contexte le requiert (5,6). Le port du masque médical demeure une mesure prudente pour tous lors des contacts à moins de deux mètres de personnes ayant un diagnostic confirmé de COVID-19 depuis moins de 10 jours et de personnes

¹⁴ Le port du masque de qualité est également requis dans les situations où il l'est pour tous les travailleurs (par exemple, au moment de publier ce document, le port du masque de qualité est requis pour certaines tâches en milieu de soins).

¹⁵ Les critères énumérés dans le document [Hiérarchie des mesures de contrôle de la COVID-19 en milieu de travail](#) (p. 5) peuvent servir de guide pour évaluer la qualité d'une barrière physique.

¹⁶ Les équipements de protection individuelle (tels le masque, les lunettes ou la visière) ne sont pas considérés comme une barrière physique.

symptomatiques (fièvre, toux, mal de gorge), particulièrement lorsqu'un ou plusieurs cas des COVID-19 sont suspectés dans le milieu de travail immédiat.

- ▶ Il faut éviter les tâches réalisées à moins de deux mètres de patients avec un diagnostic confirmé de COVID-19 depuis moins de 10 jours, que la travailleuse porte ou non des équipements de protection individuels.
- ▶ Il faut éviter la présence dans un local au moment où se déroulent des interventions dentaires générant des aérosols provenant de liquides biologiques auprès de patients avec un diagnostic confirmé de COVID-19 depuis moins de 10 jours et de patients symptomatiques en attente d'un résultat de test de COVID-19, que la travailleuse porte ou non des équipements de protection individuels. Après le déroulement d'une intervention générant des aérosols chez un cas confirmé ou suspecté, respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant l'entrée dans la pièce.

5.2 Pour les travailleuses qui n'ont pas une immunité hybride

- ▶ Il faut respecter l'ensemble des mesures de prévention de la COVID-19 en vigueur dans son milieu de travail (4), notamment le recours aux mesures additionnelles lorsque le contexte le requiert (5,6).
- ▶ Il faut porter le masque de qualité (par la travailleuse enceinte) lors des contacts à moins de deux mètres avec les collègues et les clients¹⁷, **ou** mettre en place une barrière physique de qualité¹⁸ (sur les lieux de travail, incluant dans les véhicules) tels une vitre de séparation ou un Plexiglas, pour tous les contacts à moins de deux mètres, à la condition qu'elle n'entrave pas la ventilation¹⁹. Malgré le port du masque ou la présence d'une barrière physique de qualité, il demeure recommandé de :
 - ▶ Éliminer les contacts à moins de deux mètres avec des cas confirmés de COVID depuis moins de 10 jours et les personnes symptomatiques en attente d'un résultat de test de COVID-19, que la travailleuse enceinte porte un masque de qualité ou non;
 - ▶ Éliminer la présence dans un local au moment où se déroulent des interventions dentaires générant des aérosols provenant de liquides biologiques et après le déroulement de celles-ci, selon le temps d'attente requis en fonction des caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %), à moins que toute la clientèle doive déjà, dans le cadre des activités, systématiquement fournir un résultat négatif récent (moins de 48 heures) d'un test de dépistage²⁰ de la COVID-19. Pour les situations où le port du masque de qualité n'est pas possible, par exemple lors des repas, il faut s'assurer de respecter la distance de deux mètres avec les clients et les collègues ou prévoir les barrières physiques (ex. : Plexiglas). Par exemple : aménager des espaces individuels désignés dans les salles à manger et salles de repos pour les travailleuses enceintes, ou instaurer d'autres mesures permettant le respect de la distanciation (par exemple, horaire de pause décalé).
 - ▶ Le fait de croiser (durant une très courte période) une personne à la fois à moins de deux mètres, sans contact et sans s'arrêter, représente un risque très peu significatif de s'infecter (ex. : dans les corridors, les escaliers, etc.) et aucune mesure préventive n'est recommandée pour cette situation.

¹⁷ Le port du masque de qualité est également requis dans les situations où il l'est pour tous les travailleurs (par exemple, au moment de publier ce document, le port du masque de qualité est requis pour certaines tâches en milieu de soins).

¹⁸ Les critères énumérés dans le document [Hiérarchie des mesures de contrôle de la COVID-19 en milieu de travail](#) (p. 5) peuvent servir de guide pour évaluer la qualité d'une barrière physique.

¹⁹ Les équipements de protection individuelle (tels le masque, les lunettes ou la visière) ne sont pas considérés comme une barrière physique.

²⁰ Excluant les tests antigéniques.

- ▶ Il n’y a pas de recommandation supplémentaire pour les travailleuses enceintes lorsque plusieurs cas de COVID sont suspectés ou déclarés dans son milieu de travail.

De plus, l’administration d’une dose de rappel de vaccin contre la COVID-19 est recommandée durant la grossesse aux femmes qui n’ont jamais fait l’infection et dont l’administration de la dernière dose remonte à plus de 6 mois et ce quel que soit le nombre de doses de rappel précédemment reçues, conformément aux recommandations du CIQ.

6 Travailleuses des autres secteurs d’activité

6.1 Pour les travailleuses enceintes ayant une immunité hybride

Caractérisée par une vaccination de base complétée (primo-vaccination 2 doses + 1 dose de rappel, soit un minimum de 3 doses), peu importe le délai depuis la dernière dose et une histoire d’infection à la COVID-19 depuis l’apparition du variant Omicron confirmée par un test TDAR ou un test PCR positif.

- ▶ Il faut respecter l’ensemble des mesures de prévention de la COVID-19 en vigueur dans son milieu de travail (4), notamment le recours aux mesures additionnelles lorsque le contexte le requiert (5,6). Le port du masque demeure une mesure prudente pour tous lors des contacts à moins de deux mètres de personnes ayant un diagnostic confirmé de COVID-19 depuis moins de 10 jours et de personnes symptomatiques (fièvre, toux, mal de gorge), particulièrement lorsqu’un ou plusieurs cas des COVID-19 sont suspectés dans le milieu de travail immédiat.

6.2 Pour les travailleuses qui n’ont pas une immunité hybride

- ▶ Il faut respecter l’ensemble des mesures de prévention de la COVID-19 en vigueur dans son milieu de travail (4), notamment le recours aux mesures additionnelles lorsque le contexte le requiert (5,6).
- ▶ Il faut porter le masque de qualité (par la travailleuse enceinte) lors des contacts à moins de deux mètres avec les collègues et les clients²¹, **ou** mettre en place une barrière physique de qualité²² (sur les lieux de travail, incluant dans les véhicules) tels une vitre de séparation ou un Plexiglas, pour tous les contacts à moins de deux mètres, à la condition qu’elle n’entrave pas la ventilation²³. Malgré le port du masque ou la présence d’une barrière physique de qualité, il demeure recommandé de :
 - ▶ Éliminer les contacts à moins de deux mètres avec des cas confirmés de COVID depuis moins de 10 jours et les personnes symptomatiques connus en attente d’un résultat de test de COVID-19, que la travailleuse enceinte porte un masque de qualité ou non.
 - ▶ Le fait de croiser (durant une très courte période) une personne à la fois à moins de deux mètres, sans contact et sans s’arrêter, représente un risque très peu significatif de s’infecter (ex. : dans les corridors, les escaliers, etc.) et aucune mesure préventive n’est recommandée pour cette situation.
 - ▶ Pour les situations où le port du masque de qualité n’est pas possible, par exemple lors des repas, il faut s’assurer de respecter la distance de deux mètres avec les clients et les collègues ou prévoir les barrières physiques (ex. : Plexiglas). Par exemple : aménager des espaces individuels désignés dans les salles à manger et salles de repos pour les travailleuses enceintes, ou instaurer d’autres mesures permettant le respect de la distanciation (par exemple, horaire de pause décalé).

²¹ Le port du masque de qualité est également requis dans les situations où il l’est pour tous les travailleurs (par exemple, au moment de publier ce document, le port du masque de qualité est requis pour certaines tâches en milieu de soins).

²² Les critères énumérés dans le document [Hiérarchie des mesures de contrôle de la COVID-19 en milieu de travail](#) (p. 5) peuvent servir de guide pour évaluer la qualité d’une barrière physique.

²³ Les équipements de protection individuelle (tels le masque, les lunettes ou la visière) ne sont pas considérés comme une barrière physique.

- ▶ Il n'y a pas de recommandation supplémentaire pour les travailleuses enceintes lorsque plusieurs cas de COVID sont suspectés ou déclarés dans son milieu de travail.

De plus, l'administration d'une dose de rappel de vaccin contre la COVID-19 est recommandée durant la grossesse aux femmes qui n'ont jamais fait l'infection et dont l'administration de la dernière dose remonte à plus de 6 mois et ce quel que soit le nombre de doses de rappel précédemment reçues, conformément aux recommandations du [CIQ](#).

- ▶ **En cas d'éclosion, pour les travailleuses qui n'ont pas une immunité hybride : Pour les lieux de travail où il y a de l'hébergement de personnes malades**, comme les centres hospitaliers et les milieux de vie où on retrouve des travailleurs : centre de détention, centre d'accueil ou résidence pour aînés, centre d'hébergement de soins de longue durée, centre jeunesse, en cas d'éclosion, telle que définie par la présence d'au moins deux cas avec un lien épidémiologique dans son environnement immédiat de travail (département, unité), le port du masque de qualité en tout temps est recommandé. Pour les situations où le masque ne peut pas être porté par la travailleuse (ex. : repas), une barrière physique (ex. : Plexiglas) ou la distanciation de deux mètres avec les collègues ou patients qui fréquentent le département en éclosion est recommandée.

Constats et recommandations pour les travailleuses qui allaitent

Considérant que :

- ▶ Les anticorps contre le SRAS-CoV-2 qui ont été mesurés dans le lait de mères infectées pourraient apporter une protection à l'enfant allaité.
- ▶ Les données disponibles ne suggèrent pas que le lait maternel soit une voie de transmission du virus SRAS-CoV-2, de la mère à l'enfant.
- ▶ Le nouveau-né allaité semble plus à risque de contracter la COVID-19 par des contacts étroits avec une mère infectée que par le lait maternel lui-même.
- ▶ La COVID-19 n'est pas une contre-indication à l'allaitement maternel chez les mères, lorsque pratiqué dans des conditions hygiéniques sécuritaires pour l'enfant.

Nous ne recommandons pas d'affectation préventive des travailleuses qui allaitent.

Conclusion

Le programme Pour une maternité sans danger (PMSD) existe depuis 1981 et actualise le droit de la travailleuse enceinte ou qui allaite à l'affectation ou au retrait préventif prévu par la Loi sur la santé et la sécurité du travail. Des recommandations existent de longue date pour de nombreuses maladies infectieuses pour lesquelles l'infection est associée à des issues défavorables de la grossesse (par exemple : la rubéole, la rougeole, la varicelle, le parvovirus B-19). Des ajustements doivent parfois être faits à ces recommandations lors d'épidémie (par exemple : pour la rougeole). L'arrivée de la COVID-19 a justifié la mise en place d'un Groupe de travail Santé au Travail COVID-19 PMSD, avec un processus de veille scientifique et une mise à jour en continu des recommandations.

Les recommandations et directives populationnelles générales de mesures préventives de la COVID-19 sont modulées dans le temps en fonction de l'appréciation des risques et des bénéfices escomptés de ces mesures à éviter les cas graves, les hospitalisations et les décès. Les recommandations et directives sont émises indépendamment de la déclaration de l'état d'urgence sanitaire par le gouvernement. En vertu de la Loi sur la santé publique, l'état d'urgence n'est pas nécessaire pour que la santé publique fasse des recommandations face à une menace à la santé de la population. Par ailleurs, le programme PMSD existe indépendamment de la Loi sur la santé publique et des recommandations doivent être données aux travailleuses enceintes ou qui allaitent qui font une demande dans le cadre de ce programme qui relève de la Loi sur la santé et la sécurité du travail.

L'immunité acquise dans la population par la vaccination et l'infection et l'arrivée des sous-variants Omicron a permis de réduire grandement le risque de maladie sévère chez la plupart des personnes en bonne santé. Le maintien des autres mesures de prévention dans la communauté (distanciation, masque, télétravail, etc.) peut alors présenter moins d'avantages par rapport aux inconvénients et impacts collatéraux. Cependant, la considération de risques spécifiques à la grossesse fait en sorte qu'on ne peut comparer directement la mise en application de recommandations à la population générale au groupe spécifique des femmes enceintes et des travailleuses enceintes en particulier. Les données scientifiques disponibles à ce jour montrent qu'une augmentation du risque de prématurité est présente même lorsque l'infection est acquise lors des premiers trimestres de la grossesse. Par ailleurs, une augmentation du risque de maladie hypertensive grave (dont l'éclampsie et le syndrome HELPP) est observée pour les infections asymptomatiques de la mère. Considérant ces effets non négligeables et très spécifiques chez la femme enceinte et en l'absence de comparaison entre l'incidence des issues materno-fœtales défavorables en lien avec une infection au variant Omicron versus le risque de base prépandémique, le maintien de certaines mesures préventives continue de présenter des avantages pour la réduction du risque d'issues défavorables de la grossesse. Le risque est grandement modulé par la circulation du virus dans la population et par l'immunité conférée par la maladie et par le vaccin à prévenir l'infection (grave ou non) du variant présentement dominant. Les connaissances au sujet de la transmission du SRAS-CoV-2 par l'allaitement maternel amènent à ne pas retenir ce risque dans le cadre du programme Pour une maternité sans danger. Ainsi, aucune recommandation spécifique pour les travailleuses qui allaitent n'a été émise.

Des recommandations pour les travailleuses enceintes, dans le cadre du programme PMSD, demeureront donc de mise tant que la COVID-19 circulera ou en l'absence de nouvelles données permettant de modifier l'évaluation du risque associé au SRAS-CoV-2. Ces recommandations seront modulées selon les connaissances scientifiques disponibles sur les risques d'issues défavorables de la grossesse dans le contexte de l'épidémiologie de la maladie et de l'efficacité du vaccin selon le variant prédominant à ce moment.

Références

1. Carazo S, Skowronski DM, Brisson M, Barkati S, Sauvageau C, Brousseau N, *et al.* Protection against omicron (B.1.1.529) BA.2 reinfection conferred by primary omicron BA.1 or pre-omicron SARS-CoV-2 infection among health-care workers with and without mRNA vaccination : a test-negative case-control study. *Lancet Infect Dis.* Sept. 2022; S1473309922005783.
2. Altarawneh HN, Chemaitelly H, Ayoub H, Hasan MR, Coyle P, Hadi M. Yassine, *et al.* Protection of SARS-CoV-2 natural infection against reinfection with the BA.4 or BA.5 Omicron subvariants. *MedRxiv*; 2022. Disponible : <http://medrxiv.org/content/early/2022/07/12/2022.07.11.22277448.abstract>
3. Institut national de santé publique du Québec - Groupe de travail SAT COVID-19 PMSD. COVID-19 (SRAS-CoV-2) : Recommandations intérimaires sur les mesures de prévention en milieux de travail pour les travailleuses enceintes ou qui allaitent. Oct. 2022. Disponible : <https://www.inspq.qc.ca/>
4. Institut national de santé publique du Québec. Recommandations de mesures minimales à maintenir dans les milieux de travail, hors milieux de soins : mesures de prévention de la COVID-19; [cité le 27 avr. 2023]. Disponible : <https://www.inspq.qc.ca/publications/3216-mesures-minimales-milieux-travail-hors-milieux-soins>
5. Institut national de santé publique du Québec. Recommandations générales pour les milieux de travail, hors milieux de soins : mesures de prévention de la COVID-19; [cité le 10 mai 2023]. Disponible : <https://www.inspq.qc.ca/publications/3144-recommandations-milieux-travail-palier-alerte-covid19>
6. Institut national de santé publique du Québec. Hiérarchie des mesures de contrôle en milieu de travail; [cité le 10 mai 2023]. Disponible : <https://www.inspq.qc.ca/publications/3022-hierarchie-mesures-contrôle-milieux-travail-covid19>
7. Institut national de santé publique du Québec. 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; [cité le 9 mai 2023]. Disponible : <https://www.inspq.qc.ca/publications/3280-prevention-contrôle-infections-covid-19-soins-courte-longue-duree-sante-mentale-COVID-19>
8. Institut national de santé publique du Québec. SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les cliniques médicales/cliniques externes/centres de vaccination, de dépistages et autres services/GMF; [cité le 9 mai 2023]. Disponible : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2907-pci-cliniques-covid19>
9. Institut national de santé publique du Québec. SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les soins à domicile; [cité le 9 mai 2023]. Disponible : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2917-mesures-soins-domicile-covid19>
10. Institut national de santé publique du Québec. SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions pour tous les milieux de soins; [cité le 9 mai 2023]. Disponible : <https://www.inspq.qc.ca/publications/3066-mesures-pci-eclosions-covid19>
11. Institut national de santé publique du Québec. Comité sur les infections nosocomiales. SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins; [cité le 9 mai 2023]. Disponible : <https://www.inspq.qc.ca/publications/3141-covid-19-gestion-travailleurs-sante-milieux-soins>

Annexe 1 Synthèse des recommandations

Figure 1 Classification des travailleuses enceintes en fonction de leur statut d'immunité, indépendamment du délai depuis l'infection et la vaccination

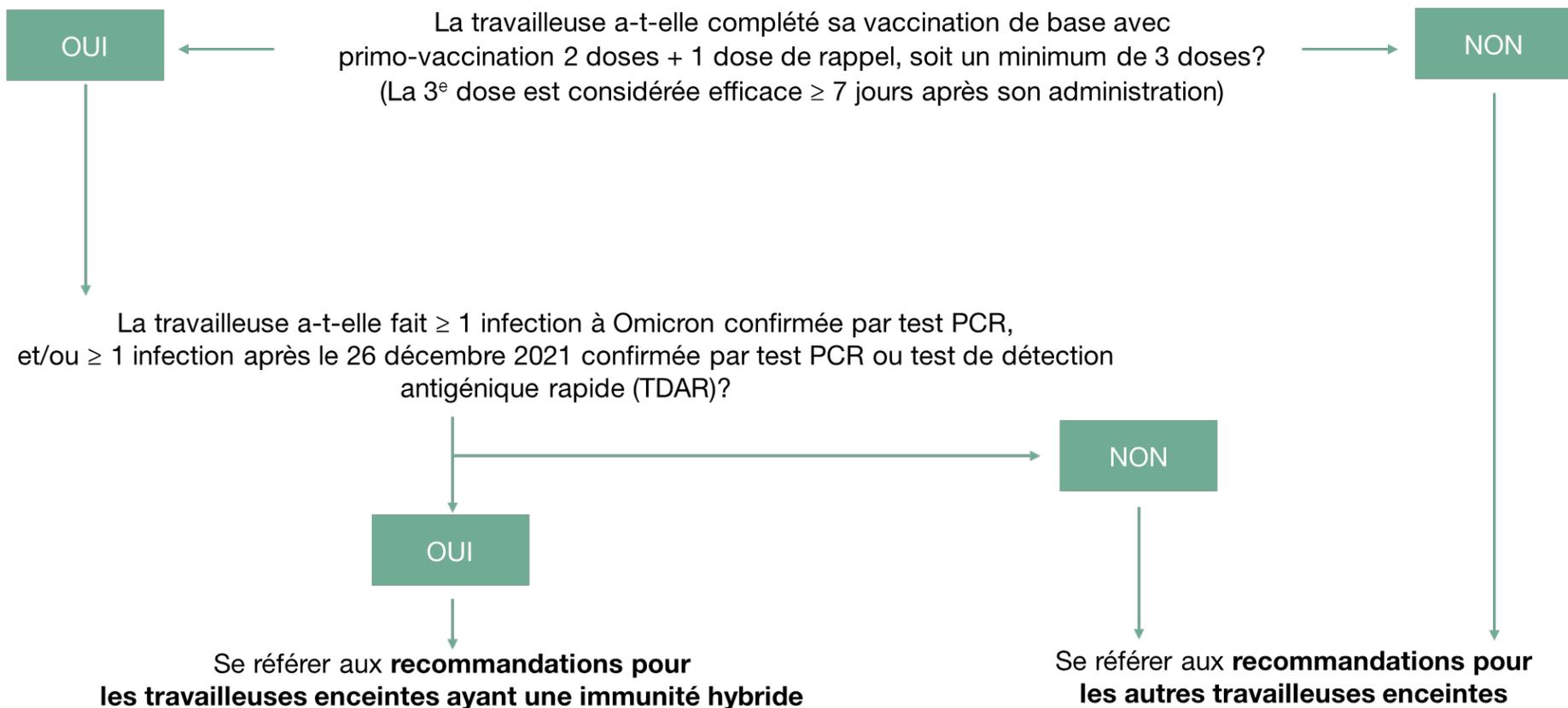


Tableau 1 Synthèse des recommandations applicables à l'ensemble des travailleuses de la santé (en milieux de soins et hors milieux de soins)

| Travailleuses enceintes avec une immunité hybride | Autres travailleuses enceintes |
|--|--|
| <p>Respecter l'ensemble des mesures de prévention de la COVID-19 en vigueur dans son milieu de travail, notamment le recours aux mesures additionnelles lorsque le contexte le requiert. Par exemple, porter les équipements de protection individuels (EPI) requis pour les tâches et lors d'éclosions (4,7–10). Le port du masque demeure recommandé en milieu de soins pour tous lors des contacts à moins de deux mètres de personnes symptomatiques (fièvre, toux, mal de gorge), incluant les collègues de travail (11).</p> | <p>Respecter l'ensemble des mesures de prévention de la COVID-19 en vigueur dans son milieu de travail, notamment le recours aux mesures additionnelles lorsque le contexte le requiert, par exemple lors d'éclosions.</p> <p>Pour les milieux de soins, respecter les mesures recommandées par l'équipe de prévention et contrôle des infections de l'établissement, et consulter les autorités concernées de l'établissement afin de déterminer une affectation adéquate.</p> |
| <p>Éviter les tâches réalisées à moins de deux mètres de patients avec un diagnostic confirmé de COVID-19 depuis moins de 10 jours (ou selon la durée établie par l'équipe de prévention et contrôle des infections, par exemple pour des patients immunosupprimés) et de patients symptomatiques en attente d'un résultat de test de COVID-19, que la travailleuse porte ou non des équipements de protection individuels.</p> | <p>Porter le masque médical (par la travailleuse enceinte) lors des contacts à moins de deux mètres avec les collègues et la clientèle^a, ou mettre en place une barrière physique de qualité^b (sur les lieux de travail, incluant dans les véhicules) tels une vitre de séparation ou un Plexiglas, pour tous les contacts à moins de deux mètres, à la condition qu'elle n'entrave pas la ventilation^c. Malgré le port du masque ou la présence d'une barrière physique de qualité, il demeure recommandé de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Éliminer les contacts (incluant les soins, les prélèvements, les examens médicaux, les examens paracliniques et le traitement) à moins de 2 mètres de patients et des collègues ayant un diagnostic confirmé ou suspecté de COVID-19 depuis moins de 10 jours (ou selon la durée établie par l'équipe de prévention et contrôle des infections, par exemple pour des patients immunosupprimés), que la travailleuse porte ou non des équipements de protection individuels. ▶ Éliminer la présence dans un local au moment où sont réalisées des interventions médicales et dentaires générant des aérosols et après le déroulement de celles-ci, selon le temps d'attente requis en fonction des caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %), à moins que toute la clientèle doive déjà, dans le cadre des activités, systématiquement fournir un résultat négatif récent (moins de 48 heures) d'un test de dépistage^d de la COVID-19. ▶ Éliminer la présence lors d'autopsies et la gestion des dépouilles qui étaient des cas confirmés ou suspectés de COVID-19. |
| <p>Éviter la présence dans un local au moment où se déroulent des interventions médicales ou dentaires générant des aérosols et des autopsies auprès de patients avec un diagnostic confirmé de COVID-19 depuis moins de 10 jours (ou selon la durée établie par l'équipe de prévention et contrôle des infections, par exemple pour des patients immunosupprimés) et de patients symptomatiques en attente d'un résultat de test de COVID-19, que la travailleuse porte ou non des équipements de protection individuels.</p> <p>Après le déroulement d'une intervention générant des aérosols chez un cas confirmé ou suspecté, respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9%) avant l'entrée dans la pièce.</p> | <p>Le fait de croiser (durant une très courte période) une personne à la fois à moins de deux mètres, sans contact et sans s'arrêter, représente un risque très peu significatif de s'infecter (ex. : dans les corridors, les escaliers, etc.) et aucune recommandation d'affectation préventive n'est recommandée pour cette situation.</p> |
| | <p>Pour les situations où le port du masque médical n'est pas possible, par exemple lors des repas, s'assurer de respecter la distance de 2 mètres avec les clients et les collègues ou prévoir les barrières physiques (ex. : Plexiglas). Par exemple : aménager des espaces individuels désignés dans les salles à manger et salles de repos pour les travailleuses enceintes, ou instaurer d'autres mesures permettant le respect de la distanciation (par exemple, horaire de pause décalé).</p> |

Tableau 1 Synthèse des recommandations applicables à l'ensemble des travailleuses de la santé (en milieux de soins et hors milieux de soins) (suite)

| Travailleuses enceintes avec une immunité hybride | Autres travailleuses enceintes |
|---|---|
| | <p>En cas d'éclosion, pour les travailleuses qui n'ont pas une immunité hybride : Pour les lieux de travail où il y a de l'hébergement de personnes malades, comme les centres hospitaliers et les milieux de vie où on retrouve des travailleurs : centre de détention, centre d'accueil ou résidence pour aînés, centre d'hébergement de soins de longue durée, centre jeunesse, en cas d'éclosion, comme défini par la présence d'au moins deux cas avec un lien épidémiologique dans son environnement immédiat de travail (département, unité), le port du masque en tout temps est recommandé. Pour les situations où le masque ne peut pas être porté par la travailleuse (ex. : repas), une barrière physique (ex. : Plexiglas) ou la distanciation de 2 mètres avec les collègues ou patients qui fréquentent le département en éclosion est recommandée.</p> |

- ^a Le port du masque de qualité est également requis dans les situations où il l'est pour tous les travailleurs (par exemple, au moment de publier ce document, le port du masque de qualité est requis pour certaines tâches en milieu de soins).
- ^b Les critères énumérés dans le document [Hiérarchie des mesures de contrôle de la COVID-19 en milieu de travail](#) (p. 5) peuvent servir de guide pour évaluer la qualité d'une barrière physique.
- ^c Les équipements de protection individuelle (tels le masque, les lunettes ou la visière) ne sont pas considérés comme une barrière physique.
- ^d Excluant les tests antigéniques.

Tableau 2 Synthèse des recommandations applicables à l'ensemble des travailleuses des milieux scolaires et de garde à la petite enfance

| Travailleuses enceintes avec une immunité hybride | Autres travailleuses enceintes |
|---|---|
| Respecter l'ensemble des mesures de prévention de la COVID-19 en vigueur dans son milieu de travail, notamment le recours aux mesures additionnelles lorsque le contexte le requiert. | Respecter l'ensemble des mesures de prévention de la COVID-19 en vigueur dans son milieu de travail, notamment le recours aux mesures additionnelles lorsque le contexte le requiert. |
| Le port du masque demeure une mesure prudente pour tous lors des contacts à moins de deux mètres de personnes symptomatiques (fièvre, toux, mal de gorge), particulièrement lorsqu'un ou plusieurs cas des COVID-19 sont suspectés dans le milieu de travail immédiat (groupe ou classe). | Porter le masque de qualité (par la travailleuse enceinte) lors des contacts à moins de deux mètres avec les collègues et les enfants ou les élèves ^a , ou mettre en place une barrière physique de qualité ^b sur les lieux de travail (incluant dans les véhicules) tels une vitre de séparation ou un Plexiglas, pour tous les contacts à moins de deux mètres, à la condition qu'elle n'entrave pas la ventilation ^c . Malgré le port du masque ou la présence d'une barrière physique de qualité, il demeure recommandé de : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Éliminer les contacts à moins de deux mètres avec des cas confirmés de COVID depuis moins de 10 jours et les personnes symptomatiques en attente d'un résultat de test de COVID-19, que la travailleuse enceinte porte un masque de qualité ou non |
| Éviter les contacts à moins de deux mètres avec des cas confirmés de COVID depuis moins de 10 jours, que la travailleuse enceinte porte un masque de qualité ou non. | Pour les situations où le port du masque de qualité n'est pas possible, par exemple lors des repas, s'assurer de respecter la distance de 2 mètres avec les élèves, les enfants et les collègues ou prévoir les barrières physiques (ex. : Plexiglas). Par exemple : aménager des espaces individuels désignés dans les salles à manger et salles de repos pour les travailleuses enceintes, ou instaurer d'autres mesures permettant le respect de la distanciation (par exemple, horaire de pause décalé). |
| | Le fait de croiser (durant une très courte période) une personne à la fois à moins de deux mètres, sans contact et sans s'arrêter, représente un risque très peu significatif de s'infecter (ex. : dans les corridors, les escaliers, etc.) et aucune recommandation d'affectation préventive n'est recommandée pour cette situation. |
| | Il n'y a pas de recommandation supplémentaire pour les travailleuses enceintes des milieux scolaires et des milieux de garde/CPE, lorsque plusieurs cas de COVID sont suspectés ou déclarés dans le groupe, la classe ou dans l'école. |

^a Le port du masque de qualité est également requis dans les situations où il l'est pour tous les travailleurs (par exemple, au moment de publier ce document, le port du masque de qualité est requis pour certaines tâches en milieu de soins).

^b Les critères énumérés dans le document [Hiérarchie des mesures de contrôle de la COVID-19 en milieu de travail](#) (p. 5) peuvent servir de guide pour évaluer la qualité d'une barrière physique.

^c Les équipements de protection individuelle (tels le masque, les lunettes ou la visière) ne sont pas considérés comme une barrière physique.

Tableau 3 Synthèse des recommandations applicables à l'ensemble des travailleuses en thanatopraxie

| Travailleuses enceintes avec une immunité hybride | Autres travailleuses enceintes |
|---|--|
| <p>Respecter l'ensemble des mesures de prévention de la COVID-19 en vigueur dans son milieu de travail, notamment le recours aux mesures additionnelles lorsque le contexte le requiert. Le port du masque demeure une mesure prudente pour tous lors des contacts à moins de deux mètres de personnes ayant un diagnostic confirmé de COVID-19 depuis moins de 10 jours et de personnes symptomatiques (fièvre, toux, mal de gorge), particulièrement lorsqu'un ou plusieurs cas des COVID-19 sont suspectés dans le milieu de travail immédiat.</p> | <p>Respecter l'ensemble des mesures de prévention de la COVID-19 en vigueur dans son milieu de travail, notamment le recours aux mesures additionnelles lorsque le contexte le requiert.</p> |
| <p>Éviter la présence dans la pièce au moment où se déroulent des interventions de thanatopraxie générant des aérosols auprès de personnes qui étaient des cas confirmés ou suspectés de COVID-19. Après le déroulement d'une intervention générant des aérosols chez un cas confirmé ou suspecté, respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9%) avant l'entrée dans la pièce.</p> | <p>Porter le masque de qualité (par la travailleuse enceinte) lors des contacts à moins de deux mètres avec les collègues et les clients^a, ou mettre en place une barrière physique de qualité^b (sur les lieux de travail, incluant dans les véhicules) tels une vitre de séparation ou un Plexiglas, pour tous les contacts à moins de deux mètres, à la condition qu'elle n'entrave pas la ventilation^c. Malgré le port du masque ou la présence d'une barrière physique de qualité, il demeure recommandé de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Éliminer la gestion des dépouilles qui étaient des cas confirmés ou suspectés de COVID-19. ▶ Éliminer la présence dans un local au moment où se déroulent des interventions de thanatopraxie générant des aérosols et après le déroulement de celles-ci, selon le temps d'attente requis en fonction des caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %), à moins d'avoir un résultat négatif d'un test de dépistage^d de la COVID-19 dans les 48 heures précédant le décès. Éliminer les contacts à moins de deux mètres avec des cas confirmés de COVID depuis moins de 10 jours et les personnes symptomatiques en attente d'un résultat de test de COVID-19, que la travailleuse enceinte porte un masque de qualité ou non. |
| | <p>Pour les situations où le port du masque de qualité n'est pas possible, par exemple lors des repas, s'assurer de respecter la distance de 2 mètres avec les clients et les collègues ou prévoir les barrières physiques (ex. : Plexiglas). Par exemple : aménager des espaces individuels désignés dans les salles à manger et salles de repos pour les travailleuses enceintes, ou instaurer d'autres mesures permettant le respect de la distanciation (par exemple, horaire de pause décalé).</p> |
| | <p>Le fait de croiser (durant une très courte période) une personne à la fois à moins de deux mètres, sans contact et sans s'arrêter, représente un risque très peu significatif de s'infecter (ex. : dans les corridors, les escaliers, etc.) et aucune recommandation d'affectation préventive n'est recommandée pour cette situation.</p> |
| | <p>Il n'y a pas de recommandation supplémentaire pour les travailleuses enceintes lorsque plusieurs cas de COVID sont suspectés ou déclarés dans son milieu de travail.</p> |

^a Le port du masque de qualité est également requis dans les situations où il l'est pour tous les travailleurs (par exemple, au moment de publier ce document, le port du masque de qualité est requis pour certaines tâches en milieu de soins).

^b Les critères énumérés dans le document [Hiérarchie des mesures de contrôle de la COVID-19 en milieu de travail](#) (p. 5) peuvent servir de guide pour évaluer la qualité d'une barrière physique.

^c Les équipements de protection individuelle (tels le masque, les lunettes ou la visière) ne sont pas considérés comme une barrière physique.

^d Excluant les tests antigéniques.

Tableau 4 Synthèse des recommandations applicables à l'ensemble des travailleuses en médecine vétérinaire ou en santé animale

| Travailleuses enceintes avec une immunité hybride | Autres travailleuses enceintes |
|---|--|
| <p>Respecter l'ensemble des mesures de prévention de la COVID-19 en vigueur dans son milieu de travail, notamment le recours aux mesures additionnelles lorsque le contexte le requiert. Le port du masque demeure une mesure prudente pour tous lors des contacts à moins de deux mètres de personnes ayant un diagnostic confirmé de COVID-19 depuis moins de 10 jours et de personnes symptomatiques (fièvre, toux, mal de gorge), particulièrement lorsqu'un ou plusieurs cas des COVID-19 sont suspectés dans le milieu de travail immédiat.</p> | <p>Respecter l'ensemble des mesures de prévention de la COVID-19 en vigueur dans son milieu de travail, notamment le recours aux mesures additionnelles lorsque le contexte le requiert.</p> |
| <p>Éviter la présence dans un local au moment où se déroulent des interventions vétérinaires générant des aérosols chez un animal confirmé atteint de la COVID-19 ou un animal symptomatique en attente d'un résultat de test de COVID-19. Après le déroulement d'une intervention générant des aérosols chez un animal confirmé ou suspecté atteint de la COVID-19, respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9%) avant l'entrée dans la pièce.</p> | <p>Porter le masque de qualité (par la travailleuse enceinte) lors des contacts à moins de deux mètres avec les collègues et les clients^a, ou mettre en place une barrière physique de qualité^b (sur les lieux de travail, incluant dans les véhicules) tels une vitre de séparation ou un Plexiglas, pour tous les contacts à moins de deux mètres, à la condition qu'elle n'entrave pas la ventilation^c. Malgré le port du masque ou la présence d'une barrière physique de qualité, il demeure recommandé de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Éliminer les contacts à moins de deux mètres avec des cas confirmés de COVID (clients, collègues ou animaux) depuis moins de 10 jours et les personnes symptomatiques en attente d'un résultat de test de COVID-19, que la travailleuse enceinte porte un masque de qualité ou non. ▶ Éliminer la présence dans un local au moment où se déroulent des interventions vétérinaires générant des aérosols et après le déroulement de celles-ci, selon le temps d'attente requis en fonction des caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %), chez un animal suspecté ou confirmé atteint de la COVID-19. |
| <p>Éviter les tâches réalisées à moins de 2 mètres d'animaux avec un diagnostic confirmé de COVID-19 depuis moins de 10 jours, que la travailleuse porte ou non des équipements de protection individuels.</p> | <p>Pour les situations où le port du masque de qualité n'est pas possible, par exemple lors des repas, s'assurer de respecter la distance de 2 mètres avec les clients et les collègues ou prévoir les barrières physiques (ex. : Plexiglas). Par exemple : aménager des espaces individuels désignés dans les salles à manger et salles de repos pour les travailleuses enceintes ou instaurer d'autres mesures permettant le respect de la distanciation (par exemple, horaire de pause décalé).</p> |
| | <p>Le fait de croiser (durant une très courte période) une personne à la fois à moins de deux mètres, sans contact et sans s'arrêter, représente un risque très peu significatif de s'infecter (ex. : dans les corridors, les escaliers, etc.) et aucune recommandation d'affectation préventive n'est recommandée pour cette situation.</p> |
| | <p>Il n'y a pas de recommandation supplémentaire pour les travailleuses enceintes lorsque plusieurs cas de COVID sont suspectés ou déclarés dans son milieu de travail.</p> |

^a Le port du masque de qualité est également requis dans les situations où il l'est pour tous les travailleurs (par exemple, au moment de publier ce document, le port du masque de qualité est requis pour certaines tâches en milieu de soins).

^b Les critères énumérés dans le document [Hiérarchie des mesures de contrôle de la COVID-19 en milieu de travail](#) (p. 5) peuvent servir de guide pour évaluer la qualité d'une barrière physique.

^c Les équipements de protection individuelle (tels le masque, les lunettes ou la visière) ne sont pas considérés comme une barrière physique.

Tableau 5 Synthèse des recommandations applicables à l'ensemble des travailleuses du secteur de la santé dentaire (en clinique et en CISSS-CIUSSS)

| Travailleuses enceintes avec une immunité hybride | Autres travailleuses enceintes |
|--|--|
| <p>Respecter l'ensemble des mesures de prévention de la COVID-19 en vigueur dans son milieu de travail, notamment le recours aux mesures additionnelles lorsque le contexte le requiert. Le port du masque médical demeure une mesure prudente pour tous lors des contacts à moins de deux mètres de personnes ayant un diagnostic confirmé de COVID-19 depuis moins de 10 jours et de personnes symptomatiques (fièvre, toux, mal de gorge), particulièrement lorsqu'un ou plusieurs cas de COVID-19 sont suspectés dans le milieu de travail immédiat.</p> | <p>Respecter l'ensemble des mesures de prévention de la COVID-19 en vigueur dans son milieu de travail, notamment le recours aux mesures additionnelles lorsque le contexte le requiert.</p> |
| <p>Éviter les tâches réalisées à moins de 2 mètres de patients avec un diagnostic confirmé de COVID-19 depuis moins de 10 jours, que la travailleuse porte ou non des équipements de protection individuels.</p> | <p>Porter le masque de qualité (par la travailleuse enceinte) lors des contacts à moins de deux mètres avec les collègues et les clients^a, ou mettre en place une barrière physique de qualité^b (sur les lieux de travail, incluant dans les véhicules) tels une vitre de séparation ou un Plexiglas, pour tous les contacts à moins de deux mètres, à la condition qu'elle n'entrave pas la ventilation^c. Malgré le port du masque ou la présence d'une barrière physique de qualité, il demeure recommandé de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Éliminer les contacts à moins de deux mètres avec des cas confirmés de COVID depuis moins de 10 jours et les personnes symptomatiques en attente d'un résultat de test de COVID-19. que la travailleuse enceinte porte un masque de qualité ou non. ▶ Éliminer la présence dans un local au moment où se déroulent des interventions dentaires générant des aérosols provenant de liquides biologiques et après le déroulement de celles-ci, selon le temps d'attente requis en fonction des caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %), à moins que toute la clientèle doive déjà, dans le cadre des activités, systématiquement fournir un résultat négatif récent (moins de 48 heures) d'un test de dépistage^d de la COVID-19. |
| <p>Éviter la présence dans un local au moment où se déroulent des interventions dentaires générant des aérosols provenant de liquides biologiques auprès de patients avec un diagnostic confirmé de COVID-19 depuis moins de 10 jours et de patients symptomatiques en attente d'un résultat de test de COVID-19, que la travailleuse porte ou non des équipements de protection individuels. Après le déroulement d'une intervention générant des aérosols chez un cas confirmé ou suspecté, respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9%) avant l'entrée dans la pièce.</p> | <p>Pour les situations où le port du masque de qualité n'est pas possible, par exemple lors des repas, s'assurer de respecter la distance de 2 mètres avec les clients et les collègues ou prévoir les barrières physiques (ex. : Plexiglas). Par exemple : aménager des espaces individuels désignés dans les salles à manger et salles de repos pour les travailleuses enceintes ou instaurer d'autres mesures permettant le respect de la distanciation (par exemple, horaire de pause décalé).</p> <p>Le fait de croiser (durant une très courte période) une personne à la fois à moins de deux mètres, sans contact et sans s'arrêter, représente un risque très peu significatif de s'infecter (ex. : dans les corridors, les escaliers, etc.) et aucune recommandation d'affectation préventive n'est recommandée pour cette situation.</p> |
| | <p>Il n'y a pas de recommandation supplémentaire pour les travailleuses enceintes lorsque plusieurs cas de COVID sont suspectés ou déclarés dans son milieu de travail.</p> |

^a Le port du masque de qualité est également requis dans les situations où il l'est pour tous les travailleurs (par exemple, au moment de publier ce document, le port du masque de qualité est requis pour certaines tâches en milieu de soins).

^b Les critères énumérés dans le document [Hiérarchie des mesures de contrôle de la COVID-19 en milieu de travail](#) (p. 5) peuvent servir de guide pour évaluer la qualité d'une barrière physique.

^c Les équipements de protection individuelle (tels le masque, les lunettes ou la visière) ne sont pas considérés comme une barrière physique.

^d Excluant les tests antigéniques.

Tableau 6 Synthèse des recommandations applicables à l'ensemble des travailleuses des autres secteurs d'activité

| Travailleuses enceintes avec une immunité hybride | Autres travailleuses enceintes |
|--|---|
| <p>Respecter l'ensemble des mesures de prévention de la COVID-19 en vigueur dans son milieu de travail, notamment le recours aux mesures additionnelles lorsque le contexte le requiert. Le port du masque demeure une mesure prudente pour tous lors des contacts à moins de deux mètres de personnes ayant un diagnostic confirmé de COVID-19 depuis moins de 10 jours et de personnes symptomatiques (fièvre, toux, mal de gorge), particulièrement lorsqu'un ou plusieurs cas de COVID-19 sont suspectés dans le milieu de travail immédiat.</p> | <p>Respecter l'ensemble des mesures de prévention de la COVID-19 en vigueur dans son milieu de travail, notamment le recours aux mesures additionnelles lorsque le contexte le requiert.</p> |
| | <p>Porter le masque de qualité (par la travailleuse enceinte) lors des contacts à moins de deux mètres avec les collègues et les clients^a, ou mettre en place une barrière physique de qualité^b (sur les lieux de travail, incluant dans les véhicules) tels une vitre de séparation ou un Plexiglas, pour tous les contacts à moins de deux mètres, à la condition qu'elle n'entrave pas la ventilation^c. Malgré le port du masque ou la présence d'une barrière physique de qualité, il demeure recommandé de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Éliminer les contacts à moins de deux mètres avec des cas confirmés de COVID depuis moins de 10 jours et les personnes symptomatiques connus en attente d'un résultat de test de COVID-19, que la travailleuse enceinte porte un masque de qualité ou non. |
| | <p>Le fait de croiser (durant une très courte période) une personne à la fois à moins de deux mètres, sans contact et sans s'arrêter, représente un risque très peu significatif de s'infecter (ex. : dans les corridors, les escaliers, etc.) et aucune recommandation d'affectation préventive n'est recommandée pour cette situation.</p> |
| | <p>Pour les situations où le port du masque de qualité n'est pas possible, par exemple lors des repas, s'assurer de respecter la distance de 2 mètres avec les clients et les collègues ou prévoir les barrières physiques (ex. : Plexiglas). Par exemple : aménager des espaces individuels désignés dans les salles à manger et salles de repos pour les travailleuses enceintes, ou instaurer d'autres mesures permettant le respect de la distanciation (par exemple, horaire de pause décalé).</p> |
| | <p>Il n'y a pas de recommandation supplémentaire pour les travailleuses enceintes lorsque plusieurs cas de COVID sont suspectés ou déclarés dans son milieu de travail.</p> |
| | <p>En cas d'éclosion, pour les travailleuses qui n'ont pas une immunité hybride : Pour les lieux de travail où il y a de l'hébergement de personnes malades, comme les centres hospitaliers et les milieux de vie où on retrouve des travailleurs : centre de détention, centre d'accueil ou résidence pour aînés, centre d'hébergement de soins de longue durée, centre jeunesse, en cas d'éclosion, telle que définie par la présence d'au moins deux cas avec un lien épidémiologique dans son environnement immédiat de travail (département, unité), le port du masque de qualité en tout temps est recommandé. Pour les situations où le masque ne peut pas être porté par la travailleuse (ex. : repas), une barrière physique (ex. : Plexiglas) ou la distanciation de 2 mètres avec les collègues ou patients qui fréquentent le département en éclosion est recommandée.</p> |

^a Le port du masque de qualité est également requis dans les situations où il l'est pour tous les travailleurs (par exemple, au moment de publier ce document, le port du masque de qualité est requis pour certaines tâches en milieu de soins).

^b Les critères énumérés dans le document [Hiérarchie des mesures de contrôle de la COVID-19 en milieu de travail](#) (p. 5) peuvent servir de guide pour évaluer la qualité d'une barrière physique.

^c Les équipements de protection individuelle (tels le masque, les lunettes ou la visière) ne sont pas considérés comme une barrière physique.

Historique des modifications

| Version | Date | Pages | Modifications |
|---------|-------------------------------|----------|---|
| V.1 | Mise en ligne 13 mars 2020 | | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Début de la pandémie. ▶ Contexte d'identification précoce des cas et de confinement. ▶ Recommandations pour les femmes enceintes principalement basées sur l'effet d'autres virus analogues et quelques cas de COVID-19 chez femmes enceintes. |
| V.2 | 27 mars 2020 | | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Contexte de transmission communautaire de COVID-19. ▶ Recommandations selon les niveaux de risque retrouvés dans les milieux de travail (OSHA) basées principalement sur des cas ou séries de cas de COVID-19 chez femmes enceintes. ▶ Outil d'aide à la décision en lien avec les niveaux de risque. |
| V.3 | 17 juillet 2020 | | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Transmission communautaire de COVID-19. ▶ Phase de déconfinement, de réouverture des secteurs d'activités économiques, et de mise en place d'une hiérarchie de mesures de prévention en milieu de travail. ▶ Actualisation des connaissances sur la COVID-19 et effets de ces connaissances sur les recommandations pour les femmes enceintes. ▶ Connaissances basées surtout sur cas et petites séries de cas. ▶ Recommandations générales demeurent les mêmes (principe de précaution faute de données précises). |
| V.3.1 | Mai 2021 | | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Contexte de circulation toujours présente du virus et de mesures de confinement révisées périodiquement par les autorités de santé publique selon la situation épidémiologique sur le territoire québécois. ▶ Plusieurs nouvelles études sur COVID-19 et femmes enceintes et effets défavorables de grossesse - apparition d'études comparatives de qualité; revues systématiques et méta-analyses - études avec ajustement de facteurs de confusion. |
| | | 9 | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Présentation de la méthodologie pour la revue de littérature sur COVID-19, femmes enceintes et effets défavorables de grossesse et allaitement (période couvrant du 10 juin 2020 au 22 mars 2021). ▶ Impact de la maladie sur l'issue de la grossesse et sur la santé du nouveau-né maintenant traité dans la même question (fusion des questions 4 et 5). |
| | | 15 | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Transmission : ajouts de concepts selon une publication de l'INSPQ. |
| | | 16 | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Mise à jour des niveaux de risque par emploi et tâches du document d'OSHA plus récent. |
| | | 17 à 20 | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Mise à jour des mesures préventives en fonction des documents plus récents de l'INSPQ (ex. : masques de qualité en tout temps). ▶ Intégration de quelques données récentes sur l'immunité acquise, la vaccination et variants. Pas de changement des recommandations pour le moment, mais les nombreuses études qui se publient depuis récemment sont suivies de près. |
| | | 21-22 | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Mise à jour des constats selon la nouvelle littérature. |
| | | 23-24 | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Recommandations générales du document demeurant sensiblement les mêmes, mais mieux appuyées par les études sur les effets de la COVID-19. Ajout de précisions et de clarifications mineures. |
| | | 27 à 32 | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Actualisation des références. |
| | | Annexe 1 | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Mise à jour des tableaux des résultats en fonction de la nouvelle littérature. |
| V.3.2 | 22 octobre 2021 | 21 | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Mise à jour de la section 3.2.3 portant sur la vaccination et l'immunité acquise par l'infection |
| | | 25 | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Précision de certaines recommandations pour la travailleuse enceinte partiellement ou non protégée. |
| | | 28 à 32 | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Ajout de toute la section 7 portant sur les constats et les recommandations pour les travailleuses enceintes considérées protégées. |
| | | Annexe 2 | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Ajout d'une estimation du risque d'acquisition de la COVID-19 chez les femmes enceintes qui ont une vaccination complète. |
| V.3.3 | 20 décembre 2021 | | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Ajout d'une page avec encadré : Avis important – Contexte d'émergence rapide du variant Omicron |
| | | 1 à 2 | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Ajout des informations conduisant à cette version 3.3. dans les Faits saillants |

| Version | Date | Pages | Modifications |
|---|----------------|---------|--|
| | | 3 | ▶ Ajout des informations conduisant à cette version 3.3 dans le Sommaire |
| | | 5 | ▶ Ajout d'une précision à la note de bas de page sur le Guide GCC : « Les définitions sont actuellement en révision ». |
| | | 6 | ▶ Identification de ce qui ne s'applique pas |
| | | 7 | ▶ Ajout d'une précision à la note de bas de page 18 : « Les définitions sont actuellement en révision ». |
| | | 9 | ▶ Ajout des informations conduisant à cette version 3.3 dans le Contexte. |
| | | 21-22 | ▶ Ajout d'une mise en garde pour la section « Vaccination et immunité acquise par l'infection ». |
| | | 30 | ▶ Ajout d'une mise en garde dans le titre de la section |
| | | 30 à 34 | ▶ Section identifiée comme inapplicable dans le contexte d'émergence rapide du variant Omicron |
| Addendum à la version 3.3 (mise à jour pour les travailleuses enceintes uniquement) | 7 octobre 2022 | 2 à 7 | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Mise à jour du contexte lié au variant Omicron et aux sous-lignées BA.2, BA.4 et BA.5. ▶ Mise à jour rapide de la revue de littérature scientifique en lien avec la dominance du variant Omicron et les risques associés pour les femmes enceintes. |
| | | 8 à 14 | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Mise à jour des constats selon la nouvelle littérature. ▶ Changement de la terminologie relative au statut de protégées/non protégées (ou partiellement) pour des libellés définissant des critères de vaccination et/ou d'infection, en cohérence avec l'évolution des données scientifiques et du contexte épidémiologique. ▶ Recommandations générales du document demeurant sensiblement les mêmes, tout en étant renforcées par les nouvelles études sur les effets de la COVID-19, et distinguant deux classes de travailleuses enceintes. ▶ Ajout de précisions et de clarifications mineures. |
| | | 15 à 17 | ▶ Actualisation des références. |
| V.4.0 | Septembre 2023 | | <ul style="list-style-type: none"> ▶ État des connaissances extrait de la version 4.0 pour constituer un document scientifique indépendant au format long ▶ Synthèse des nouvelles connaissances faite dans la version 4.0, avec rappel de la dominance du variant Omicron et de ses sous-lignées au Québec, un résumé des connaissances sur la protection conférée par l'immunité hybride, une synthèse des effets du SRAS-CoV-2 sur les issues défavorables de la grossesse, et le rapport des principaux résultats d'analyses statistiques sur le risque d'accouchement avant terme en fonction d'une infection au SRAS-CoV-2 et des mesures de protection du risque infectieux disponibles en milieu de travail. ▶ Modification des critères de vaccination et/ou d'infection constituant le statut d'immunité hybride pour les travailleuses enceintes (3 doses de vaccin au minimum, contre 2 avec la version précédente) ▶ Actualisation des recommandations selon le statut immunitaire des femmes enceintes, en fonction de leur secteur d'activités : santé (en milieux de soins et hors milieux de soins), milieux scolaires et de garde à la petite enfance, thanatopraxie, médecine vétérinaire ou santé animale, clinique dentaire et autres secteurs d'activité. ▶ Aucune nouvelle recommandation émise pour les travailleuses qui allaitent. ▶ Outil d'aide à la décision pour déterminer le statut immunitaire des travailleuses enceintes rendu disponible en annexe ▶ Tableaux synthèse des nouvelles recommandations pour les travailleuses enceintes selon le secteur d'activité disponibles en annexe |

COVID-19 (SRAS-CoV-2) : Recommandations intérimaires sur les mesures de prévention en milieu de travail pour les travailleuses enceintes ou qui allaitent

AUTEURS

Stéphane Caron, médecin-conseil
Groupe scientifique maternité et travail
Direction de la santé environnementale, au travail et de la toxicologie
Évelyne Cambron-Goulet, médecin-conseil
Groupe scientifique maternité et travail
Direction de la santé environnementale, au travail et de la toxicologie
Coprésidente Communauté médicale de pratique d'harmonisation Pour une maternité sans danger
Alexandra Kossowski, médecin-conseil
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Coprésidente de la Communauté médicale de pratique d'harmonisation Pour une maternité sans danger
Elisabeth Canitrot, conseillère scientifique spécialisée
Direction de la santé environnementale, au travail et de la toxicologie



COLLABORATEURS

Monica Tremblay, chargée de projet
Centre de gestion de projet - Table de concertation nationale en santé au travail (TCNSAT)
Jasmin Villeneuve, médecin-conseil
Direction des risques biologiques
Les membres de la Communauté médicale de pratique d'harmonisation Pour une maternité sans danger (CMPH-PMSD)

SOUS LA COORDINATION DE

Marie-Pascale Sassine, chef d'unité scientifique
Direction de la santé environnementale, au travail et de la toxicologie

RÉVISEURES

Emily Manthorp, médecin spécialiste
Direction de santé publique du Centre intégré en santé et services sociaux de l'Outaouais
Chantal Sauvageau, médecin- spécialiste en santé publique et médecine préventive
Direction des risques biologiques

DÉCLARATION DES CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteurs ainsi que les membres du comité scientifique et les réviseurs ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts et aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée.

MISE EN PAGE

Marie-Cécile Gladel, agente administrative
Direction de la santé environnementale, au travail et de la toxicologie

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 (2023)

N° de publication : 2919