



Covid-19 (SRAS-CoV-2) : Addendum aux recommandations intérimaires sur les mesures de prévention en milieu de travail pour les travailleuses enceintes



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

7 octobre 2022 – Addendum à la version 3.3

Sommaire

Avant-propos	2
Méthode d'élaboration des recommandations	3
Constats et recommandations	3
1. Recommandations pour les travailleuses enceintes ayant une immunité hybride	6
2. Recommandations pour les autres travailleuses enceintes	9
État des connaissances sur le variant Omicron et la grossesse	12
Conclusion	18
Annexe 1 : Autres considérants généraux pris en compte dans la mise à jour des recommandations pour les travailleuses enceintes	22
Annexe 2 : Synthèse des recommandations	23

Cet addendum modifie les [recommandations intérimaires pour les travailleuses enceintes publiées en janvier 2022 \(version 3.3\)](#), qui considéraient l'ensemble des travailleuses enceintes comme étant non protégées dans le contexte de l'émergence rapide du variant Omicron, qui présentait un échappement immunitaire significatif.

Les recommandations émises pour les travailleuses qui allaitent demeurent inchangées, et sont disponibles au lien suivant : [COVID-19 \(SRAS-CoV-2\) : Recommandations intérimaires sur les mesures de prévention en milieux de travail pour les travailleuses enceintes ou qui allaitent](#).

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 sont émises pour les [travailleuses enceintes ayant une immunité hybride](#) (c.-à-d., primo-vaccination complétée et infection antérieure à Omicron). Des recommandations différentes sont également disponibles pour les [autres travailleuses enceintes](#) ne répondant pas aux critères de l'immunité hybride spécifiés dans cet addendum.

Cet addendum a fait l'objet d'un consensus fortement majoritaire des membres de la Communauté médicale de pratique d'harmonisation Pour une maternité sans danger (CMPH-PMSD).

Une mise à jour complète du document Recommandations intérimaires sur les mesures de prévention en milieux de travail pour les travailleuses enceintes ou qui allaitent est prévue au cours de l'automne 2022.

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 locales de santé au travail du RSPSAT 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).

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 et 46). 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. De surcroît, c'est un droit pour la travailleuse d'être affectée à des tâches ne comportant pas de danger pour elle-même à cause de son état de grossesse, ou pour l'enfant à naître ou allaité.

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 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, lorsque l'employeur ne peut pas l'affecter à des tâches qu'elle est en mesure d'accomplir et qui ne comportent pas de danger pour elle, l'enfant à naître ou allaité, alors la travailleuse peut faire une demande de retrait préventif à la CNESST.

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, des informations récentes nous permettent 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.

Cet addendum vient modifier les recommandations intérimaires pour les travailleuses enceintes publiées en janvier 2022. Celles émises pour les travailleuses qui allaitent demeurent inchangées et sont disponibles dans le document [COVID-19 \(SRAS-CoV-2\) : Recommandations intérimaires sur les mesures de prévention en milieu de travail pour les travailleuses enceintes ou qui allaitent](#). Une mise à jour complète du document *Recommandations intérimaires sur les mesures de prévention en milieu de travail pour les travailleuses enceintes ou qui allaitent* est prévue au cours de l'automne 2022.

Méthode d'élaboration 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 a 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 ont été présentés et soumis au vote des membres de la Communauté médicale de pratique d'harmonisation Pour une maternité sans danger (CMPH-PMSD) à la fin août 2022.

Constats et recommandations

Pour rappel, 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 à l'automne 2022, 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 trois mois après la dernière dose ou après une infection au SRAS-CoV-2 confirmée¹.

L'ensemble des constats généraux relatifs au SRAS-CoV-2 considérés dans le [document source](#) que vient modifier cet addendum ont été pris en compte pour la mise à jour des recommandations. Ces derniers portent notamment sur le mode de transmission du SRAS-CoV-2, les mesures sanitaires efficaces pour limiter le risque de transmission (distanciation de deux mètres, barrière physique de qualité, port du masque de qualité), et le risque d'infection associé aux tâches effectuées dans le cadre du travail. Ils sont énumérés en [annexe](#).

En complément des constats déjà connus, ci-après sont énumérés les nouveaux constats sur lesquels s'appuient les recommandations de ce document :

Considérant :

- ▶ Que le variant Omicron (et ses sous-lignées) est dominant à l'échelle du Québec, du Canada et à l'international, et que les sous-lignées BA.2.12.1, BA.4 et BA.5 présentent un léger échappement immunitaire par rapport à BA.2.
- ▶ Que, dans la population générale, selon Carazo *et al.*, une infection antérieure liée à Omicron combinée à une vaccination de deux ou trois doses confère une protection à 96 % contre la réinfection à BA.2 pour une période d'au moins cinq mois. Selon Altarawneh *et al.*, cette protection serait ≥ 80 % contre la réinfection à BA.4 et BA.5 (Altarawneh *et al.*, 2022).
- ▶ Que, dans la population générale, selon Carazo *et al.*, la protection contre la réinfection à Omicron BA.2 est diminuée en cas de vaccination absente ou inadéquate, et/ou en l'absence d'infection antérieure, ou si infection antérieure à un variant pré-Omicron.

¹ Voir les notes du Comité sur l'Immunisation du Québec (CIQ) : [Vaccination de base contre la COVID-19 et consolidation périodique de l'immunité](#) et [Vaccination contre l'influenza et la Covid-19 à l'automne 2022](#).

- ▶ Que les données épidémiologiques sur l'infection au SRAS-CoV-2 démontrent de façon convaincante que les femmes enceintes, comparativement aux femmes non enceintes, présentent des manifestations parfois plus graves de la maladie, comme les pneumonies sévères ou critiques nécessitant l'admission aux soins intensifs et le recours à la ventilation assistée. De plus, le risque de décès est accru, bien qu'il demeure rare (généralement de moins de 1 %). Cette augmentation de la sévérité est particulièrement observée vers la fin du 2^e et au 3^e trimestre de la grossesse.
- ▶ Que des études épidémiologiques sur la COVID-19 portant sur les infections survenues pendant la grossesse, conduites majoritairement en 2020 et 2021 (souche ancestrale ou variants pré-Omicron, et avant l'accessibilité généralisée au vaccin), révèlent une augmentation de la prééclampsie, du travail prématuré, des accouchements avant terme (AAT), des césariennes, de la détresse fœtale, des faibles poids de naissance associés à la prématurité, et des mortinaissances. L'admission aux soins intensifs néonataux est également plus fréquente.
 - ▶ En ce qui concerne les effets potentiels du SRAS-CoV-2 au début de la grossesse, les données recueillies jusqu'à présent ne montrent pas un effet tératogène de l'infection ni une augmentation des avortements spontanés;
 - ▶ En ce qui concerne l'accouchement avant terme, une infection qui survient à n'importe quel moment de la grossesse est associée à un risque accru. Selon l'étude de Stock *et al.*, une infection au variant Omicron serait associée à une diminution du risque d'AAT en comparaison à une infection avec le variant Delta, mais les données disponibles actuellement dans la littérature scientifique ne permettent pas de faire une comparaison avec les taux d'incidence prépandémiques;
 - ▶ L'augmentation du risque de pathologies hypertensives de grossesse n'est pas limitée aux infections sévères. L'augmentation du risque est également observée après une infection asymptomatique ou peu symptomatique dans plusieurs études;
 - ▶ En l'absence de données probantes, on ne peut pas présumer que les risques associés à une réinfection sont de la même nature ou ampleur que ceux associés à une primo-infection;
 - ▶ Présentement, les données disponibles ne permettent pas de statuer sur les effets spécifiques de l'infection à Omicron sur les issues défavorables de grossesse, il demeure prudent de considérer les mêmes issues défavorables que pour la souche ancestrale et les variants pré-Omicron.
- ▶ Que le risque de mortinaissance et d'AAT chez les femmes enceintes non vaccinées est supérieur à celui des femmes enceintes vaccinées.

Aux fins de l'application du PMSD, il est recommandé de distinguer deux catégories de travailleuses :

Les travailleuses enceintes ayant une immunité hybride caractérisée par :

- ▶ Une primo-vaccination complétée, avec ou sans dose de rappel (la 2^e dose doit avoir été administrée depuis au moins sept jours pour être considérée efficace).

ET

- ▶ Au moins une infection confirmée à Omicron par test PCR, ou toute infection après le 26 décembre 2021² confirmée par test PCR ou test rapide.

Et ce, indépendamment du délai depuis l'infection et la vaccination.

Les autres travailleuses enceintes, à savoir :

- ▶ Les femmes enceintes non infectées³ et non vaccinées.
- ▶ Les femmes enceintes infectées à Omicron sans vaccination ou avec vaccination incomplète (une dose).
- ▶ Les femmes enceintes ayant fait une (ou plusieurs) infection(s) pré-Omicron, avec ou sans vaccination.
- ▶ Et les femmes enceintes vaccinées sans infection, peu importe le nombre de doses.

² Au 21 décembre 2021, la prévalence du variant Omicron B.1.1.529 était d'environ 80 % au Québec. La date du 26 décembre 2021 a été choisie afin de tenir compte de la co-circulation des variants Delta et Omicron durant la période allant du 28 novembre au 25 décembre 2021 (1).

³ Est considérée comme non-infectée la personne qui n'a jamais eu un test positif pour le SRAS-CoV-2, que ce soit un test PCR ou autoadministré.

1 Recommandations pour les travailleuses enceintes ayant une immunité hybride

Ces recommandations s'appliquent aux travailleuses enceintes ayant une immunité hybride caractérisée par une primo-vaccination complétée⁴, avec ou sans dose de rappel, **et** une infection antérieure à Omicron⁵. Pour les travailleuses enceintes qui respectent ces critères, la présence au travail est possible avec des contacts à moins de deux mètres des collègues ou de la clientèle, que ceux-ci portent ou non le masque⁶, et en respectant les conditions suivantes :

1.1 Recommandations applicables en tout temps à l'ensemble des milieux de travail

- ▶ 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.
- ▶ Aménager des espaces individuels désignés dans les salles à manger et salles de repos pour les travailleuses enceintes lorsque la distanciation de deux mètres ne peut pas être respectée, ou instaurer d'autres mesures permettant le respect de la distanciation (par exemple, horaire de pause décalé).
- ▶ Porter le masque de qualité (par la travailleuse enceinte) lors des contacts à moins de deux mètres avec les collègues et la clientèle⁷, 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 personnes présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19, que la travailleuse enceinte porte un masque de qualité ou non, à l'exception des personnes qui ont reçu un résultat PCR négatif ou deux tests antigéniques négatifs relatifs à cet épisode de symptômes, ou selon les recommandations en vigueur;
 - ▶ Éliminer les contacts à moins de deux mètres (incluant les soins, les prélèvements, les examens médicaux, les examens paracliniques et le traitement) de cas confirmés, probables ou suspectés¹¹ de COVID-19, incluant les personnes en isolement au domicile ou en hébergement, que la travailleuse enceinte porte un masque de qualité ou non.
- ▶ Éliminer la tâche de réaliser, manipuler et analyser les tests de dépistage de la COVID-19, à l'exception des échantillons inactivés.

⁴ Une primo-vaccination complétée est définie comme l'administration de deux doses de vaccin (la 2^e dose doit avoir été administrée depuis au moins sept jours pour être considérée efficace).

⁵ Est considérée comme une infection antérieure à Omicron tout historique d'infection antérieure à la COVID-19 depuis le 26 décembre 2021, confirmée par un test TAAN ou un test antigénique rapide, ou toute infection à Omicron confirmée par test PCR.

⁶ Le terme « masque de qualité » s'applique aux masques qui répondent aux critères de la norme ASTM F2100 (le niveau 1 est suffisant) ou de la norme EN14683 type IIR et aux masques attestés BNQ 1922-900.

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 soin).

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.

- ▶ 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.

De plus, l'administration d'une dose de rappel de vaccin contre la COVID-19 est recommandée durant la grossesse, dans les trois mois suivant la dernière dose ou l'infection, et ce quel que soit le nombre de doses de rappel précédemment reçues, conformément aux recommandations du [CIQ](#).

1.2 Recommandations applicables en situation d'éclosion dans un milieu de travail

- ▶ Éliminer toutes tâches **dans les secteurs des établissements d'hébergement** (centre hospitalier, milieu de vie : centre de détention, centre d'accueil ou résidence pour aînés, centre d'hébergement de soins de longue durée, etc.) qui ont été déclarés en éclosion pour la COVID-19 par les autorités de santé publique¹⁰ qui en décrèteront aussi la fin.
 - ▶ Dans ces milieux de travail, éliminer le partage d'espaces communs (salles de repas, salles de repos, vestiaires et autres) avec des travailleurs qui fréquentent des secteurs en éclosion.
- ▶ **Dans les milieux autres que ceux où il y a de l'hébergement de personnes malades**, en présence de deux (2) cas de COVID-19 survenant dans son environnement de travail immédiat, la travailleuse enceinte et l'employeur doivent demeurer vigilants.
 - ▶ En présence de deux (2) cas confirmés ou probables¹¹ de COVID-19 sur une période de 14 jours dans l'environnement de travail immédiat de la travailleuse (ex. : département/classe/groupe-classe), nous recommandons une réaffectation immédiate hors du département/de la classe/du groupe-classe, jusqu'à 10 jours après la présence du dernier cas.
 - ▶ La présence de cas à l'extérieur de l'environnement de travail immédiat de la travailleuse, par exemple dans d'autres départements/classes/quarts de travail, ne nécessite pas de modifier l'affectation, pourvu que les quarts de travail (même lieu) ne se chevauchent pas et demeurent étanches (les mêmes personnes travaillent toujours sur les mêmes quarts de travail).
 - ▶ Par ailleurs, la travailleuse enceinte doit éviter de fréquenter des lieux communs partagés par des travailleurs qui fréquentent les départements/secteurs en éclosion (salles de repas, salles de pause, vestiaires). Cette recommandation pourrait être modulée selon certaines situations/configurations particulières des lieux de travail.

¹⁰ La gestion des éclosions (chambre, unité, zone, département, étage, pavillon, installations, etc.) de chacun des établissements est réalisée par l'équipe Prévention et contrôle des infections (PCI) des CISSS, des CIUSSS ou/et par la DSP de chacune des régions, selon l'organisation régionale.

¹¹ Définitions :

- ✓ Cas confirmés : cas avec détection d'acides nucléiques du SRAS-CoV-2 (ex. : test d'amplification des acides nucléiques positif ou TAAN+).
- ✓ Cas confirmé par lien épidémiologique : cas avec symptômes cliniques compatibles avec la COVID-19 ET exposition à risque élevée avec un cas confirmé par laboratoire pendant sa période de contagiosité ET aucune autre cause apparente.
- ✓ Cas probable : cas avec un test de détection antigénique positif (TDAR+) pour le SRAS-CoV-2 et qui ne répond pas aux critères d'un cas confirmé ET
 - qui présente des manifestations cliniques compatibles avec la COVID-19,
 - OU
 - a eu un contact étroit avec un cas de COVID-19,
 - OU
 - a été exposé à un milieu en éclosion.
- ✓ Cas suspecté : usager ayant des symptômes compatibles avec la COVID-19 et en attente de passer un test (test de dépistage antigénique rapide (TDAR) ou test d'amplification des acides nucléiques (TAAN-labo ou TAAN rapide au point de service)) ou en attente du résultat d'un test pour le SRAS-CoV-2.

1.3 Recommandations additionnelles applicables en tout temps pour les milieux de soins

- ▶ Respecter les [mesures spécifiques aux milieux de soins](#), et consulter les autorités concernées de l'établissement afin de déterminer une affectation adéquate.
- ▶ Éliminer la présence dans toute pièce où sont réalisées des interventions médicales, dentaires ou en thanatopraxie générant des aérosols, 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 dépistage¹² de la COVID-19.
- ▶ Éliminer la présence dans toute pièce où sont réalisées des interventions vétérinaires générant des aérosols chez un animal suspecté ou confirmé atteint de la COVID-19.
- ▶ Éliminer la gestion des dépouilles qui étaient des cas confirmés ou suspectés de COVID-19.

¹² Excluant les tests antigéniques.

2 Recommandations pour les autres travailleuses enceintes

Les recommandations de cette section s'appliquent aux autres travailleuses enceintes :

- ▶ Les femmes enceintes non infectées¹³ et non vaccinées (immunité naïve).
- ▶ Les femmes enceintes infectées à Omicron sans vaccination ou avec vaccination incomplète (une dose).
- ▶ Les femmes enceintes ayant fait une (ou plusieurs) infection(s) pré-Omicron, avec ou sans vaccination.
- ▶ Et les femmes enceintes vaccinées sans infection, peu importe le nombre de doses.

Pour ces catégories de travailleuses, les recommandations sont de les affecter dès le début et pour toute la durée de la grossesse, de manière à respecter les considérations ou les éléments suivants :

2.1 Recommandations applicables en tout temps à l'ensemble des milieux de travail

- ▶ Prévoir les aménagements de poste pour se conformer aux [autres recommandations faites pour l'ensemble du milieu de travail](#) en prévention de la Covid-19, notamment le recours aux [mesures additionnelles](#) lorsque le contexte le requiert¹⁴.
- ▶ Aménager des espaces désignés dans les salles à manger et salles de repos pour les travailleuses enceintes lorsque la distanciation de deux mètres ne peut pas être respectée, ou instaurer d'autres mesures permettant le respect de la distanciation (par exemple, horaire de pause décalé).
- ▶ Minimiser les contacts. Plusieurs moyens peuvent être utilisés, par exemple : favoriser le télétravail, limiter le nombre de contacts avec des personnes différentes en même temps (ajustement des horaires, équipes petites et stables, mêmes travailleurs aux mêmes postes et aux mêmes lieux, etc.).
- ▶ Assurer une distanciation physique minimale de deux mètres avec la clientèle et les collègues. 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.

¹³ Est considérée comme non-infectée la personne qui n'a jamais eu un test positif pour le SRAS-CoV-2, que ce soit un test PCR ou autoadministré.

¹⁴ Le port du masque de qualité est 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 soin).

- ▶ 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, y compris lors des périodes de pauses et de repas, à la condition qu'elle n'entrave pas la ventilation¹⁶. Dans le cas où la travailleuse enceinte se trouve à une distance de moins de deux mètres d'une autre personne, séparée par une barrière physique de qualité, le port du masque n'est requis que s'il l'est pour tous les travailleurs dans la même situation de travail. Malgré la présence d'une barrière physique de qualité, il demeure recommandé de :
 - ▶ Éliminer les contacts à moins de deux mètres avec des personnes présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19, que la travailleuse enceinte porte un masque de qualité ou non, à l'exception des personnes qui ont reçu un résultat PCR négatif ou deux tests antigéniques négatifs relatifs à cet épisode de symptômes, ou selon les recommandations en vigueur;
 - ▶ Éliminer les contacts à moins de deux mètres (incluant les soins, les prélèvements, les examens médicaux, les examens paracliniques et le traitement) de cas confirmés, probables ou suspectés¹⁷ de COVID-19, incluant les personnes en isolement au domicile ou en hébergement, que la travailleuse enceinte porte un masque de qualité ou non.
 - ▶ Éliminer la tâche de réaliser, manipuler et analyser les tests de dépistage de la COVID-19, à l'exception des échantillons inactivés.

De plus, l'administration d'une dose de rappel de vaccin contre la COVID-19 est recommandée durant la grossesse, dans les trois mois suivant la dernière dose ou l'infection, et ce quel que soit le nombre de doses de rappel précédemment reçues, conformément aux recommandations du [CIQ](#).

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.

¹⁷ Définitions :

- ✓ Cas confirmés : cas avec détection d'acides nucléiques du SRAS-CoV-2 (ex. : test d'amplification des acides nucléiques positif ou TAAN+).
- ✓ Cas confirmé par lien épidémiologique : cas avec symptômes cliniques compatibles avec la COVID-19 ET exposition à risque élevée avec un cas confirmé par laboratoire pendant sa période de contagiosité ET aucune autre cause apparente.
- ✓ Cas probable : cas avec un test de détection antigénique positif (TDAR+) pour le SRAS-CoV-2 et qui ne répond pas aux critères d'un cas confirmé ET
 - qui présente des manifestations cliniques compatibles avec la COVID-19,
 - OU
 - a eu un contact étroit avec un cas de COVID-19,
 - OU
 - a été exposé à un milieu en éclosion.
- ✓ Cas suspecté : usager ayant des symptômes compatibles avec la COVID-19 et en attente de passer un test (test de dépistage antigénique rapide (TDAR) ou test d'amplification des acides nucléiques (TAAN-labo ou TAAN rapide au point de service)) ou en attente du résultat d'un test pour le SRAS-CoV-2.

2.2 Recommandations applicables en situation d'éclosion dans un milieu de travail

- ▶ Éliminer toutes tâches **dans les secteurs des établissements d'hébergement** (centre hospitalier, milieu de vie : centre de détention, centre accueil ou résidence pour aînés, centre d'hébergement de soins de longue durée, etc.), qui ont été déclarés en éclosion pour la COVID-19 par les autorités de santé publique¹⁸ qui en décrèteront aussi la fin.
- ▶ Éliminer le partage d'espaces communs (salles de repas, salles de repos, vestiaires et autres) avec des travailleurs qui fréquentent des secteurs en éclosion.
- ▶ **Dans les milieux autres que ceux où il y a de l'hébergement de personnes malades**, en présence de cas de COVID-19 survenant dans son environnement de travail immédiat, la travailleuse enceinte et l'employeur doivent demeurer vigilants.
- ▶ En présence de deux (2) cas confirmés ou probables¹⁷ de COVID-19 sur une période de 14 jours dans l'environnement de travail immédiat de la travailleuse (ex. : département/classe/groupe-classe), nous recommandons une réaffectation immédiate hors du département/de la classe/du groupe-classe, jusqu'à 10 jours après la présence du dernier cas.
- ▶ La présence de cas à l'extérieur de l'environnement de travail immédiat de la travailleuse, par exemple dans d'autres départements/classes/quarts de travail, ne nécessite pas de modifier l'affectation, pourvu que les quarts de travail (même lieu) ne se chevauchent pas et demeurent étanches (les mêmes personnes travaillent toujours sur les mêmes quarts de travail).
- ▶ Par ailleurs, la travailleuse enceinte doit éviter de fréquenter des lieux communs partagés par des travailleurs qui fréquentent les départements/secteurs en éclosion (salles de repas, salles de pause, vestiaires). Cette recommandation pourrait être modulée selon certaines situations/configurations particulières des lieux de travail.

2.3 Recommandations additionnelles applicables en tout temps pour les milieux de soins

- ▶ Respecter les **mesures spécifiques aux milieux de soins**, et consulter les autorités concernées de l'établissement afin de déterminer une affectation adéquate.
- ▶ Éliminer la présence dans toute pièce où sont réalisées des interventions médicales, dentaires ou en thanatopraxie générant des aérosols, 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 dépistage¹⁹ de la COVID-19.
- ▶ Éliminer la présence dans toute pièce où sont réalisées des interventions vétérinaires générant des aérosols chez un animal suspecté ou confirmé atteint de la COVID-19.
- ▶ Éliminer la gestion des dépouilles qui étaient des cas confirmés ou suspectés de COVID-19.

¹⁸ La gestion des éclosions (chambre, unité, zone, département, étage, pavillon, installations, etc.) de chacun des établissements est réalisée par l'équipe Prévention et contrôle des infections (PCI) des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) et/ou par la direction de santé publique (DSP) de chacune des régions, selon l'organisation régionale.

¹⁹ Excluant les tests antigéniques.

État des connaissances sur le variant Omicron et la grossesse

L'évolution rapide du contexte épidémiologique et des connaissances scientifiques disponibles a guidé la mise à jour des recommandations pour les travailleuses enceintes. Cette section présente un état de la situation au Québec, un état des connaissances sur le variant Omicron et ses sous-lignées, et les données scientifiques sur la protection conférée par l'immunité hybride contre l'infection à Omicron. L'ensemble de ces données supporte les constats et recommandations présentés dans ce document.

Variant circulant au Québec

Le variant du SRAS-CoV-2 circulant au Québec est présentement l'Omicron. Selon les données issues du séquençage aléatoire partagées par l'INSPQ, pour la semaine du 28 août au 3 septembre 2022, la sous-lignée BA.5 était dominante et identifiée chez 80,5 % des cas. Parmi les cas restants, 16,9 % des cas étaient dus au BA.4.6 et ses sous-lignées, 1,9 % au BA.4 et ses sous-lignées, 0,4 % au BA.2.12.1 et ses sous-lignées, et 0,4 % au BA.2 et ses sous-lignées. L'ensemble de ces lignées et particulièrement BA.5.1, ont été placées sur la liste des « Sous-lignées sous vigie rehaussée » du Québec. L'OMS classe le variant Omicron, l'ensemble de ses sous-lignées et recombinaisons, dans la catégorie des variants préoccupants (2).

Selon une étude autrichienne, BA.5 et ses sous-lignées auraient un avantage de croissance variant entre 103 % et 159 % par rapport à BA.2 (3). En Angleterre, selon une modélisation utilisée pour décrire la dynamique des sous-lignées Omicron entre le 1^{er} janvier 2022 et le 3 juillet 2022, BA.5 et ses sous-lignées avaient un avantage de croissance de près de 50 % par rapport à BA.2 alors que celui de BA.4 et ses sous-lignées étaient d'environ 40 % et celui de BA.2.12.1 était d'environ 30 % (4). Les taux de reproduction effectifs de BA.4 et BA.5 seraient supérieurs d'environ 20 % relativement à BA.2 (5).

Selon deux études menées en Afrique du Sud, le risque de maladie grave pour BA.4 et BA.5 était comparable à BA.1 (6). Deux études conduites au Danemark et au Portugal ont montré un risque d'hospitalisation deux fois plus élevé pour BA.5 comparativement à BA.2 chez des individus ayant reçu une dose de rappel de vaccin (7). Toutefois, une large étude de cohorte menée aux États-Unis auprès de 65 694 personnes infectées entre avril et juillet 2022 conclut que le risque de maladie grave (consultation aux urgences, hospitalisation et admission aux soins intensifs) associé à BA.4 et BA.5 n'était pas significativement plus élevé que celui associé à BA.2 après ajustement, entre autres, sur le statut vaccinal, l'occurrence d'une infection antérieure, et les comorbidités (8). En Angleterre, une étude cas-témoin a montré que le risque d'hospitalisation associé aux sous-variants BA.4 et BA.5 était similaire à celui observé avec BA.2 (RCa = 0,96; IC 95 % : 0,86-1,08) (9).

Les données disponibles de laboratoire sur la neutralisation par les anticorps montrent que ces sous-lignées ont un potentiel d'échappement immunitaire plus élevé que celui de BA.2 (une réduction du titre de l'ordre de deux fois), quel que soit le type d'immunité acquise antérieurement contre le SRAS-CoV-2. Les mécanismes sur lesquels un vaccin produit une immunité sont complexes et ne dépendent pas seulement de la production élevée d'anticorps. Aussi, l'évaluation de l'immunité induite par le vaccin doit être complétée par des études épidémiologiques. En ce sens, davantage de données portant sur le risque d'hospitalisation et sur l'efficacité des vaccins pour prévenir la transmission et les formes graves d'infections sont nécessaires pour mieux évaluer les impacts de BA.4 et BA.5 sur l'épidémiologie de la COVID-19 (10).

Omicron et issues défavorables de grossesse

Jusqu'à présent, peu de données sur les effets néfastes spécifiques à l'infection au variant Omicron et ses sous-lignées pendant la grossesse sont disponibles. Quatre articles ont été recensés avant juin 2022 : deux lettres à l'éditeur (11,12), une étude de cohorte rétrospective (4), et une étude de cohorte prospective non révisée par les pairs (15). Les données présentées sont de nature descriptive ou issues de données de surveillances. Les groupes de comparaison, lorsque disponibles, sont constitués de femmes enceintes infectées lors de précédentes vagues (précédant l'apparition du variant Delta et avec prédominance de Delta) (13,16), ou bien avec des schémas vaccinaux différents lorsque l'ensemble de la cohorte est infecté à Omicron (11,15). Ces quatre études visent à décrire le taux d'incidence d'infection pendant la grossesse selon le type de variant, et la gravité de l'infection pendant la grossesse en fonction du statut vaccinal. Les informations disponibles ne permettent pas, pour l'instant, de statuer sur une différence entre Omicron et la souche ancestrale ou ses variants antérieurs quant aux issues défavorables de l'infection pendant la grossesse. Une étude de cohorte populationnelle rétrospective de Stock *et al.*, menée en Écosse et prépubliée fin juin 2022, a comparé les issues de grossesse de femmes enceintes vaccinées et non vaccinées, infectées par le SARS-CoV-2 entre le 17 mai 2021 et le 31 janvier 2022 (14). Leur objectif était de comparer les issues de grossesse des femmes enceintes en fonction du variant dominant : Delta pour les femmes infectées entre le 17 mai 2021 et le 14 décembre 2021, et Omicron pour les femmes infectées entre le 15 décembre 2021 et le 31 janvier 2022. Cette étude rapporte une diminution des admissions aux soins intensifs des femmes enceintes infectées par Omicron comparativement à Delta ($aRC^{20} = 0,29$; IC 95 % 0,14-0,60), et une diminution du risque de prématurité dans les 28 jours post-infection à Omicron par rapport à Delta ($aRC^2 = 0,57$; IC 95 % 0,38-0,87), tout en tenant compte du statut vaccinal des femmes au moment de l'infection (14).

Les données probantes portant sur la souche ancestrale et ses variants, avant Omicron, permettent d'observer un risque significativement accru de maladie maternelle sévère, d'admission de la mère et du nouveau-né aux soins intensifs, de pré-éclampsie, d'accouchement avant terme (AAT) et de mortinaissance lorsque la mère a fait une infection au SRAS-CoV-2 pendant la grossesse, comparativement aux femmes n'ayant pas fait cette infection pendant leur grossesse (17–20). Certaines de ces études incluaient des femmes vaccinées et non vaccinées dans leur population, mais n'avaient pas pour objectif d'évaluer l'efficacité vaccinale à prévenir les issues défavorables de la grossesse. Dans une méta-analyse publiée en 2022, Pathirathna *et coll.* (20) rapportent une augmentation significative du risque de pré-éclampsie (OR 1,39 (IC 95 % 1,29-1,50)), d'AAT (1,86 (IC 95 % 1,34-2,58)) et de mortinaissance (OR 1,46 (IC 95 % 1,16-1,85)) associée au SRAS-CoV-2. Un risque accru et significatif de pathologies hypertensives de la grossesse (pré-éclampsie, éclampsie, et syndrome HELLP) a aussi été observé chez des femmes avec une infection asymptomatique ou souffrant d'une infection légère (21,22). Les résultats de la méta-analyse de Conde-Agudelo et Romero font état d'une augmentation du risque de pré-éclampsie chez les femmes avec une infection asymptomatique (OR 1,59 (IC 95 % 1,21-2,10)) et chez les femmes symptomatiques (OR 2,11 (IC 95 % 1,59-2,81)) en comparaison à des femmes enceintes non infectées (21). Dans une étude de cohorte rétrospective, Metz *et al.*, rapportent un risque relatif ajusté (RRa) de pathologies hypertensives de la grossesse de 1,28 (IC 95 % 1,05-1,56) chez les femmes enceintes souffrant d'une infection asymptomatique ou légère et de 2,05 (IC 95 % 1,66-2,53) chez les femmes enceintes présentant une infection modérée à sévère (22). Quant au risque d'AAT, il est présent quel que soit le trimestre de survenue de l'infection (23–25). Une infection contractée au premier ou au deuxième trimestre de la grossesse est associée à des RRa respectifs d'AAT (< 37 semaines) de 1,21 (IC 95 % 1,08-1,35) et de 1,23 (IC 95 % 1,14-1,33), notamment dans la catégorie d'extrême prématurité (< 28 semaines : RRa respectifs de 2,01 (IC 95 % de 1,35-3,00) et de 1,56 (1,14-2,15) (23).

²⁰ Analyses de régression logistiques ajustées pour : âge de la mère, origine ethnique, défavorisation sociale, statut vaccinal au moment de l'infection, âge gestationnel au moment de l'infection.

Protection contre l'infection à Omicron conférée par une COVID-19 antérieure et la vaccination – état des connaissances chez les femmes enceintes

Spécifiquement pour la femme enceinte, une revue systématique récente avec méta-analyse (26) rapporte une EV à prévenir chez la femme enceinte l'infection, prouvée par TAAN, > 7 jours post 2^e dose (vaccin à ARNm), de 89,5 % (IC95 % : 69,0-96,4 %; I^2 73,9 %), avec une hétérogénéité significative entre les études par rapport à l'amplitude de l'efficacité. Ce résultat est basé sur trois études observationnelles pré-Omicron (18 828 femmes enceintes vaccinées et le même nombre de contrôles non vaccinées). Les auteurs mentionnent aussi une réduction de 15 % ((0,85 (IC95 %; 0,73-0,99)) des mortinaissances chez les vaccinées par rapport aux non-vaccinées (basé sur sept études). Pour l'AAT, ils ont observé une réduction de 10 %, non statistiquement significative (0,90 (IC95 % : 0,81-1,00)). Une étude de cohorte rétrospective conduite entre décembre 2020 et janvier 2022 a comparé les issues cliniques des femmes enceintes infectées par la Covid-19 selon leur statut de vaccination (27). Cette étude couvrait trois périodes associées à des variants différents : Pré-Delta (décembre 2020 à juin 2021), Delta (juillet 2021 au 16 décembre 2021), et Omicron (17 décembre 2021 à fin janvier 2022). Les femmes enceintes étaient éligibles à la vaccination durant toute la période de l'étude. Parmi les femmes enceintes vaccinées, aucune n'a fait une infection ayant progressé jusqu'à une maladie grave ou ayant nécessité une hospitalisation aux soins intensifs, et leur risque d'admission à l'hôpital pour Covid était diminué de 86 % par rapport aux femmes enceintes infectées non vaccinées (aRC²¹ = 0,14; IC95 % : 0,22-0,47). Toutes périodes confondues, les femmes enceintes vaccinées avaient une réduction des risques : de maladies hypertensives de la grossesse (aRC = 0,71; IC95 % : 0,27-1,62), d'accouchement avant terme (< 37 semaines) (aRC = 0,55; IC95 % : 0,25-1,04), et de petit poids pour l'âge gestationnel (aRC = 0,72; IC95 % : 0,26-1,77). Le faible nombre d'événements défavorables observés chez les 72 femmes vaccinées, en comparaison aux 257 femmes non vaccinées, est une des raisons expliquant la largeur des intervalles de confiance dans cette étude (27). Une étude de Guedalia *et al.*, prépubliée le 11 juillet 2022 sans révision par les pairs, rapporte les résultats de l'efficacité d'une troisième dose de vaccin à ARN-m chez les femmes enceintes entre le 1^{er} août 2021 et le 22 mars 2022 (28). Durant la période où le variant Omicron dominait (hiver 2022), la troisième dose améliorait significativement la protection contre une infection par Omicron comparativement aux femmes enceintes non vaccinées, avec une efficacité vaccinale estimée à : 43 % (IC 95 % 31-53 %) pour le risque global d'hospitalisation pour infection au SRAS-CoV-2, 97 % (IC 95 % 72-100 %) pour le risque d'hospitalisation avec une maladie significative²², et 94 % (IC 95 % 43-99 %) pour le risque d'hospitalisation avec une maladie grave (28).

Une revue narrative non systématique récente (29) rapporte trois études portant sur l'EV pré-Omicron. Deux études israéliennes, du début de l'année 2021, montraient une EV à prévenir toute infection au SRAS-CoV-2, prouvée par TAAN, post 2^e dose du vaccin de Pfizer, de 78 % (IC95 % : 57-89 %) et de 96 % (IC95 % : 89-100 %). Une étude américaine du début de l'année 2021 a observé que 1,4 % des femmes enceintes vaccinées (n = 140) ont fait l'infection pendant la grossesse contre 11,3 % chez celles non vaccinées (n = 1861) (p < 0,001), cependant les auteurs n'ont pas tenu compte de la relation temporelle entre la vaccination et l'infection (29).

²¹ Rapport de côtes ajusté pour l'obésité (IMC > 30), présence de comorbidités (maladie respiratoire, hypertension chronique, diabète prégestationnel), traitement par anticorps monoclonaux, et trimestre de grossesse.

²² Une maladie significative est définie par les auteurs comme une hospitalisation pour infection au SRAS-CoV-2 avec une maladie considérée comme modérée selon les critères de l'OMS (pneumonie nécessitant une hospitalisation), tandis que la maladie grave répond aux critères de sévérité de l'OMS (fréquence respiratoire > 30/min, saturation en oxygène < 94 %, ventilation mécanique ou défaillance d'organe sévère) ou au décès de la mère.

En ce qui concerne le variant Omicron, dans une lettre à l'éditeur, Birol Ilter *et al.* (2022) rapportent les résultats d'une étude de cohorte rétrospective menée en Turquie et au Royaume-Uni du 27 décembre 2021 au 1^{er} février 2022 (dominance Omicron) (11). Pendant cette période, 135 femmes enceintes ont eu un TAAN positif dont 83 étaient vaccinées et 52 non vaccinées. Chez les vaccinées dans les six mois avant le diagnostic d'infection, 84,3 % avaient reçu deux doses et 15,7 % trois doses et plus, 94 % avaient reçu un vaccin à ARNm. Tous les cas étaient asymptomatiques ou légers chez les vaccinées contre 9,6 % de cas modérés ou sévères chez les non-vaccinées (11). Une étude de cohorte prospective britannique a été menée auprès de femmes enceintes hospitalisées avec un test TAAN positif (entre le jour 7 préadmission et deux jours post-partum) ($n = 1561$) entre le 15 décembre 2021 et le 14 janvier 2022 (dominance Omicron) (15). Les auteurs ont observé des infections modérées à sévères²³ chez 23,7 % (59/259) des femmes non vaccinées et 22,2 % (10/45) de celles ayant reçu une dose de vaccin comparativement à 11,8 % (9/76) et 0 % (0/13) pour celles ayant reçu deux et trois doses respectivement (15). Plus récemment, une étude de cohorte rétrospective monocentrique conduite en Ohio, aux États-Unis, a comparé les issues de grossesse de femmes enceintes vaccinées et non vaccinées, infectées par le SARS-CoV-2 entre décembre 2020 (début de la vaccination des femmes enceintes) et janvier 2022 (27). Durant la vague Omicron où Omicron B.1.1.529 dominait (17 décembre 2021 à janvier 2022), les femmes vaccinées présentaient une diminution du risque d'admission à l'hôpital en cas d'infection au SRAS-CoV-2 de 86 % non statistiquement significative ($aRC^{24} = 0,14$; IC 95 % 0,01-1,05), mais une augmentation de 60 % du risque de présenter une infection symptomatique sans hospitalisation, bien que la différence avec les femmes non vaccinées ne soit pas statistiquement significative du fait de la petite taille d'échantillon pour cette analyse ($aRC^{17} = 1,60$; IC 95 % 0,67-3,91). Parmi les 126 femmes enceintes infectées pendant la vague Omicron, trois femmes enceintes non vaccinées ont été admises aux soins intensifs (0 chez les vaccinées), et quatre ont vu leur infection évoluer vers une maladie grave ou critique (0 chez les vaccinées), sans que des risques puissent être calculés du fait d'un nombre d'événements insuffisants (27).

Aucune donnée sur l'EV contre une infection au variant Omicron pendant la grossesse n'a été répertoriée. Néanmoins, deux revues systématiques (30,31) concluent que la réponse immunitaire conférée par les vaccins ARNm est robuste chez les femmes enceintes, et équivalente à celle des personnes non enceintes, bien que des différences soient notées dans l'ampleur de la réponse.

²³ Une infection modérée à sévère est définie par les auteurs comme une situation où un ou plusieurs des critères suivants se présentent : saturation en oxygène < 95 % à l'admission à l'hôpital, besoin de support respiratoire au cours de l'hospitalisation, évidence de pneumonie à l'imagerie, admission aux soins intensifs ou décès maternel (15).

²⁴ Analyses de régression logistique ajustées pour : l'obésité (IMC > 30), des conditions médicales sous-jacentes (maladie respiratoire, hypertension chronique et diabète gestationnel), traitement par anticorps monoclonaux, et trimestre de grossesse au diagnostic.

Protection contre l'infection à Omicron conférée par une COVID-19 antérieure et la vaccination – état des connaissances en population générale

Des données de protection contre l'infection à Omicron dans la population générale sont disponibles, tant au niveau de la protection conférée par une infection antérieure au SRAS-CoV-2, que de l'efficacité vaccinale.

DONNÉES CONCERNANT OMICRON BA.1 ET BA.2

Le 14 juin 2022, Reynolds *et al.* ont publié une étude sur l'immunité cellulaire contre Omicron chez des travailleurs de la santé triplement vaccinés et ayant eu une infection antérieure par un variant pré-Omicron ou à Omicron B.1.1.529 (lignée Pango, précurseur du BA.1). D'après une analyse de l'article menée par des conseillers scientifiques de la Direction des risques biologiques de l'INSPQ, et en collaboration avec Dr Philippe de Wals, les conclusions de l'article peuvent être résumées comme suit : « *[en premier], une infection avec un variant pré-Omicron deux à trois semaines post-vaccination induisait une réponse des cellules B mémoires et des lymphocytes T contre Omicron qui était réduite de deux à trois fois par rapport à celle dirigée contre les variants pré-Omicron ou la souche ancestrale. [En second,] une infection à Omicron B.1.1.529 induisait une puissante réponse humorale contre les variants pré-Omicron, mais cette réponse était 5 à 10 fois moins élevée contre le variant Omicron lui-même. L'immunité des lymphocytes T contre Omicron était quant à elle absente, 14 semaines après la troisième dose. [Finalement], chez les travailleurs de la santé avec une immunité naïve, les titres d'anticorps neutralisants diminuaient rapidement après la troisième dose et n'étaient plus détectés après 14 semaines* ». Cependant, si cette étude émet l'hypothèse d'une faible protection conférée par une infection antérieure à Omicron contre la réinfection à Omicron chez des sujets vaccinés, avec une diminution rapide dans le temps de cette immunité acquise lors de l'infection antérieure, « *aucune démonstration ni aucun résultat ne supportait dans leur étude que la réponse immunitaire mesurée ne protégeait pas d'une réinfection* », selon l'analyse de ces experts. Ces derniers soulignent également que « *les réponses immunitaires stimulées par une infection sont complexes et impliquent plusieurs acteurs de l'immunité innée et adaptative. Bien que l'étude de Reynolds *et al.*, apporte de nouvelles pistes sur les différentes réponses cellulaires et humorales acquises par une infection à Omicron, leur étude transversale basée sur des prélèvements sanguins ne permet pas de connaître la dynamique de la réponse et ce qui se passe aux niveaux médullaire et muqueux. Ceci est particulièrement important pour les infections par le variant Omicron et ses sous-lignées qui ont tendance à se localiser dans la partie supérieure de l'arbre respiratoire (32). Il est à noter que leur analyse a été faite sur une petite taille d'échantillon et que par conséquent leurs résultats doivent être interprétés avec prudence (n = 17 travailleurs de la santé avec une infection confirmée par PCR durant la vague Omicron). Des études cliniques complémentaires seront nécessaires pour pouvoir évaluer la protection conférée par une infection à Omicron pour prévenir les formes graves de la maladie lors de réinfection* ». Ils ont identifié au moins trois autres études qui supportent des résultats différents sur la protection conférée par une infection antérieure au SRAS-CoV-2 : « *Stegger *et al.* ont rapporté que les cas de réinfection par BA.2 après une infection liée à BA.1 étaient rares et survenaient principalement chez les jeunes non-vaccinés (33). Une autre étude a rapporté qu'une infection antérieure liée à BA.1 conférait une protection de 95 % contre une réinfection par BA.2 (délais ≥ 35 jours) après ajustement pour le statut vaccinal (34). Finalement, une infection antérieure liée à un variant pré-Omicron conférerait quant à elle une plus faible protection (46 %) contre une réinfection par BA.2 chez les individus non vaccinés (35)* ».

Une étude cas-témoin test négatif en population québécoise, publiée le 27 juin 2022 (1), traite de l'effet combiné d'une infection antérieure liée à Omicron et de la vaccination sur le risque de réinfection. Les données de cette étude ont été recueillies entre le 27 mars et le 4 juin 2022 chez 111 239 travailleurs de la santé âgés de plus de 18 ans, dont 64,6 % de femmes âgées de 18 à 39 ans. L'objectif de cette étude était d'évaluer la protection contre l'infection par Omicron BA.2 conférée par une infection antérieure liée au variant Omicron (infection après le 26 décembre 2021), les souches pré-Omicron, et par la vaccination. Les

auteurs ont observé chez les personnes ayant fait une infection antérieure liée au variant Omicron et ayant reçu deux ou trois doses de vaccin à ARNm 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). La protection baisse à 90 % pour les personnes avec une infection antérieure liée au variant Omicron et une dose de vaccin et à 72 % pour celles ayant fait uniquement une infection antérieure liée au variant Omicron. Les données montrent que cette protection se maintient minimalement sur une période de près de cinq mois. Pour les personnes avec une infection antérieure pré-Omicron et ayant reçu deux ou trois doses de vaccins la protection se situe entre 68 et 80 % selon la chronologie entre infection et doses vaccinales. La protection diminue à 56 % pour les personnes avec une infection antérieure pré-Omicron et ayant reçu une dose et à 38 % pour celles ayant fait uniquement une infection antérieure pré-Omicron, et diminuant avec le temps depuis l'infection. Pour les personnes vaccinées trois doses sans antécédent d'infection, on observe une protection de 46 %, cette protection diminue avec la diminution du nombre de doses (35 % pour deux doses et 9 % pour une dose) et en lien avec le temps écoulé depuis la vaccination (1).

DONNÉES CONCERNANT OMICRON BA.4 ET BA.5

Concernant l'efficacité vaccinale dans le contexte de l'émergence des variants BA.4 et BA.5, en Angleterre, des données préliminaires publiées fin juin 2022 ne montraient pas de différence d'efficacité vaccinale contre l'infection symptomatique par BA.4 et BA.5 comparativement à BA.2. Ces analyses indiquaient que le risque d'infection symptomatique par BA.4 (RCa = 1,13; IC à 95 % : 0,88-1,44) et BA.5 (RCa = 0,83; IC à 95 % : 0,64-1,08) n'était pas significativement différent de celui par BA.2, dans les six mois qui suivaient la dernière dose (deux, trois ou quatre doses) (36). Une étude sud-africaine brièvement présentée dans une lettre à l'éditeur publiée par le *New England Journal of Medicine* rapportait une efficacité vaccinale de deux doses de vaccin à ARN-messager de 87 % de un à deux mois après la seconde dose, de 84 % entre trois et quatre mois après la seconde dose, et de 63 % entre cinq et six mois post-seconde dose, pour prévenir le risque d'hospitalisation en cas d'infection à BA.4 ou BA.5. Les participants ayant reçu une troisième dose étaient protégés de l'hospitalisation à 88 % dans les trois à quatre mois suivant l'administration de la troisième dose (37).

Le 12 juillet 2022, une équipe de recherche du Qatar a publié une étude cas-témoin test négatif dans la population générale, avec appariement des cas et des témoins selon un ratio 1:5 permettant de contrôler pour un nombre important de facteurs confondants, et visant à évaluer la protection contre la réinfection par Omicron BA.4 et BA.5 conférée par une infection antérieure pré-Omicron ou Omicron (38). Ils ont observé qu'une infection antérieure à un variant pré-Omicron conférait une protection contre la réinfection à BA.4 et BA.5 estimée entre 28,3 % et 34,1 % contre tout type d'infection, et entre 15,1 % et 40,0 % contre la réinfection symptomatique. 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. Ces résultats n'étaient pas modifiés par l'ajustement additionnel sur le statut vaccinal des participants (vaccins à ARN-m) (38).

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 endémiques 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 et 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 dans la population acquise par la vaccination et l'infection 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 pré-éclampsie est notée pour toutes les infections de la mère, y compris les moins sévères, indépendamment de son statut vaccinal. Considérant ces effets non négligeables et très spécifiques chez la femme enceinte, 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 dominant.

Des recommandations pour les travailleuses enceintes, dans le cadre du programme PMSD, demeureront donc de mise tant que la COVID-19 circulera. Elles 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 BA.2 reinfection conferred by primary Omicron or pre-Omicron infection with and without mRNA vaccination [En ligne]. medRxiv; 2022 [cité le 28 juin 2022]. Disponible : <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.06.23.22276824v1>
2. World Health Organization [En ligne]. Tracking SARS-CoV-2 variants; [cité le 8 sept 2022]. Disponible : <https://www.who.int/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants>
3. Gamisch A, Mustafa ME. BA.4/BA.5 early surge report Austria [En ligne]. medRxiv; 2022 [cité le 8 sept. 2022]. Disponible : <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.07.12.22277534v1>
4. GOV.UK [En ligne]. UKHSA, TB44. Investigation of SARS-CoV-2 variants : technical briefings; 22 juill. 2022 [cité le 8 sept. 2022]. Disponible : <https://www.gov.uk/government/publications/investigation-of-sars-cov-2-variants-technical-briefings>
5. Institut national de santé publique du Québec. [En ligne]. Sous-lignées BA.4 et BA.5 du variant Omicron du SRAS-CoV-2; [cité le 8 sept. 2022]. Disponible : <https://www.inspq.qc.ca/publications/3221-ba4-ba5-omicron-covid>
6. Davies MA, Morden E, Rosseau P, Arendse J, Bam JL, Boloko L, *et al.* Outcomes of laboratory-confirmed SARS-CoV-2 infection during resurgence driven by Omicron lineages BA.4 and BA.5 compared with previous waves in the Western Cape Province, South Africa [En ligne]. medRxiv; 2022 [cité le 8 sept. 2022]. Disponible : <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.06.28.22276983v2>
7. Hansen CH, Friis NU, Bager P, Stegger M, Fonager J, Fomsgaard A, *et al.* Risk of Reinfection, Vaccine Protection, and Severity of Infection with the BA.5 Omicron Subvariant: A Danish Nation-Wide Population-Based Study [En ligne]. Rochester, NY; 2022 [cité le 8 sept 2022]. Disponible : <https://papers.ssrn.com/abstract=4165630>
8. Lewnard JA, Hong V, Tartof SY. Association of SARS-CoV-2 BA.4/BA.5 Omicron lineages with immune escape and clinical outcome [En ligne]. medRxiv; 2022 [cité le 9 sept. 2022]. Disponible : <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.07.31.22278258v1>
9. GOV.UK [En ligne]. UKHSA, TB45. SARS-CoV-2 variants of concern and variants under investigation; 9 sept. 2022 [cité le 15 sept. 2022]. Disponible : https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1103869/Technical-Briefing-45-9September2022.pdf
10. Institut national de santé publique du Québec. Sous-lignées BA.4 et BA.5 du variant Omicron du SRAS-CoV-2. 15 juin 2022 [cité le 27 juin 2022]; Disponible : <https://www.inspq.qc.ca/publications/3221-ba4-ba5-omicron-covid>
11. Birol Ilter P, Prasad S, Berkkan M, Mutlu MA, Tekin AB, Celik E, *et al.* Clinical severity of SARS-CoV-2 infection among vaccinated and unvaccinated pregnancies during the Omicron wave. *Ultrasound Obstet Gynecol.* Avr. 2022; 59(4) : 560-2.
12. Adhikari EH, MacDonald L, SoRelle JA, Morse J, Pruszyński J, Spong CY. COVID-19 cases and disease severity in pregnancy and neonatal positivity associated with Delta (B.1.617.2) and Omicron (B.1.1.529) Variant Predominance. *JAMA.* 19 avr. 2022; 327(15) : 1500-2.
13. Birol Ilter P, Prasad S, Mutlu MA, Tekin AB, O'Brien P, von Dadelszen P, *et al.* Maternal and perinatal outcomes of SARS-CoV-2 infection in unvaccinated pregnancies during Delta and Omicron waves. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 1er juill. 2022; 60(1) : 96-102.

14. Stock SJ, Moore E, Calvert C, Carruthers J, Donaghy J, Denny C, *et al.* Pregnancy outcomes following Delta and Omicron SARS-CoV-2 infection in Scotland: A population-based cohort study [En ligne]. Rochester, NY; 2022 [cité le 22 juill. 2022]. Disponible : <https://papers.ssrn.com/abstract=4144534>
15. Engjom HM, Ramakrishnan R, Vousden N, Bunch K, Morris E, Simpson N, *et al.* Severity of maternal SARS-CoV-2 infection and perinatal outcomes during the Omicron variant dominant period: UK Obstetric Surveillance System national cohort study [En ligne]. medRxiv; 2022 [cité le 14 mars 2022]. Disponible : <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.03.07.22271699v1>
16. Adhikari EH, MacDonald L, SoRelle JA, Morse J, Pruszynski J, Spong CY. COVID-19 cases and disease severity in pregnancy and neonatal positivity associated with Delta (B.1.617.2) and Omicron (B.1.1.529) variant predominance. JAMA. 24 mars 2022; 327(15) : 1500-2.
17. RCOG. Coronavirus (Covid-19) Infection in Pregnancy (Version 15) [En ligne]. 2022. Disponible : <https://www.rcog.org.uk/media/xsubnsma/2022-03-07-coronavirus-covid-19-infection-in-pregnancy-v15.pdf>
18. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. COVID-19 et grossesse (6 juillet 2021). Disponible : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Grossesse-allaitement.pdf
19. Centers for Disease Control and Prevention [En ligne]. CDC. Pregnant and Recently Pregnant People; 3 mars 2022 [cité le 28 juin 2022]. Disponible : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/pregnant-people.html>
20. Pathirathna ML, Samarasekara BPP, Dasanayake TS, Saravanakumar P, Weerasekara I. Adverse perinatal outcomes in COVID-19 infected pregnant women: A systematic review and meta-analysis. Healthcare Basel Switz. 20 janv. 2022; 10(2) : 203.
21. Conde-Agudelo A, Romero R. SARS-COV-2 infection during pregnancy and risk of preeclampsia: a systematic review and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol. 21 juill. 2021.
22. Metz TD, Clifton RG, Hughes BL, Sandoval GJ, Grobman WA, Saade GR, *et al.* Association of SARS-CoV-2 infection with serious maternal morbidity and mortality from obstetric complications. JAMA. 7 févr. 2022; 327(8) : 748-59.
23. Doyle TJ, Kiros GE, Schmitt-Matzen EN, Propper R, Thompson A, Phillips-Bell GS. Maternal and perinatal outcomes associated with SARS-CoV-2 infection during pregnancy, Florida, 2020-2021: A retrospective cohort study. Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am. 8 juin 2022; ciac441.
24. Regan AK, Arah O, Fell DB, Sullivan SG. SARS-CoV-2 infection during pregnancy and associated perinatal health outcomes: a national US cohort study. J Infect Dis. 27 déc. 2021.
25. Piekos SN, Roper RT, Hwang YM, Sorensen T, Price ND, Hood L, *et al.* The effect of maternal SARS-CoV-2 infection timing on birth outcomes: a retrospective multicentre cohort study. Lancet Digit Health. Elsevier; 13 févr. 2022; 4(2) : e95-104.
26. Prasad S, Kalafat E, Blakeway H, Townsend R, O'Brien P, Morris E, *et al.* Systematic review and meta-analysis of the effectiveness and perinatal outcomes of COVID-19 vaccination in pregnancy. Nat Commun. 10 mai 2022; 13(1) : 2414.
27. Eid J, Abdelwahab M, Williams H, Caplan M, Hajmurad S, Venkatesh KK, *et al.* Decreased severity of COVID-19 in vaccinated pregnant individuals during predominance of different SARS-CoV-2 variants. Am J Reprod Immunol. 88(3) : e13596.

28. Guedalia J, Lipschuetz M, Calderon-Margalit R, Cohen SM, Goldman-Wohl D, Kaminer T, *et al.* Effectiveness of BNT162b2 mRNA COVID-19 third vaccines during pregnancy: a national observational study in Israel. SSRN Electron J [En ligne]. 11 juill. 2022 [cité le 15 juill. 2022]; Disponible : <https://www.ssrn.com/abstract=4159559>
29. Nunes MC, Madhi SA. COVID-19 vaccines in pregnancy. Trends Mol Med. 3 mai 2022; S1471-4914(22)00108-3.
30. Krishna H, Motwani R, Kumari C, Sahni C, Ananat M, Mishra A, *et al.* Evaluation of safety concerns for COVID-19 immunization of pregnant women: A systematic review of emerging evidence [En ligne]. In Review; mars 2022. Disponible : <https://www.researchsquare.com/article/rs-1102008/v1>
31. Rawal S, Tackett RL, Stone RH, Young HN. COVID-19 vaccination among pregnant people in the United States: a systematic review. Am J Obstet Gynecol. Juill. 2022; 4(4) : 100616.
32. Kimura I, Yamasoba D, Tamura T, Nao N, Oda Y, Mitoma S, *et al.* Virological characteristics of the novel SARS-CoV-2 Omicron variants including BA.2.12.1, BA.4 and BA.5 [En ligne]. bioRxiv; 2022 [cité le 11 août 2022]. Disponible : <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2022.05.26.493539v1>
33. Stegger M, Edslev SM, Sieber RN, Cäcilia Ingham A, Ng KL, Tang MHE, *et al.* Occurrence and significance of Omicron BA.1 infection followed by BA.2 reinfection [En ligne]. 2022. Disponible : <http://medrxiv.org/content/early/2022/02/21/2022.02.19.22271112.abstract>
34. Chemaitelly H, Ayoub HH, Coyle P, Tang P, Yassine HM, Al-Khatib HA, *et al.* Protection of Omicron sub-lineage infection against reinfection with another Omicron sub-lineage [En ligne]. Epidemiology; 2022 [cité le 13 juill. 2022]. Disponible : <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2022.02.24.22271440>
35. Altarawneh HN, Chemaitelly H, Ayoub HH, Tang P, Hasan MR, Yassine HM, *et al.* Effects of Previous Infection and Vaccination on Symptomatic Omicron Infections. N Engl J Med. Massachusetts Medical Society; 7 juill. 2022; 387(1) : 21-34.
36. UK Health Security Agency. SARS-CoV-2 variants of concern and variants under investigation [En ligne]. juin 2022 p. 37. Rapport no Technical briefing 43. Disponible : https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1086494/Technical-Briefing-43-28.06.22.pdf
37. Gray G, Collie S, Goga A, Garrett N, Champion J, Seocharan I, *et al.* Effectiveness of Ad26.COV2.S and BNT162b2 Vaccines against Omicron Variant in South Africa. N Engl J Med. Massachusetts Medical Society; 9 juin 2022; 386(23) : 2243-5.
38. 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 [En ligne]. medRxiv; 2022. Disponible : <http://medrxiv.org/content/early/2022/07/12/2022.07.11.22277448.abstract>

Annexe 1 Autres considérants généraux pris en compte dans la mise à jour des recommandations pour les travailleuses enceintes

Considérant :

- ▶ Que le mode prédominant de transmission de la COVID-19 pour tous les variants répertoriés à ce jour, est par le biais d'inhalation d'aérosols respiratoires portés sur une courte distance ou par contact direct des muqueuses avec des sécrétions respiratoires.
- ▶ Que le risque de transmission du SRAS-CoV-2 est augmenté dans des espaces restreints, ventilés de façon inadéquate, à forte densité d'occupants et lorsque la durée d'exposition est prolongée. Bien que la distance maximale demeure imprécise, il est peu probable que ce soit au-delà de quelques mètres.
- ▶ Que la distanciation physique et la minimisation des contacts sont les mesures les plus efficaces pour limiter la transmission du virus d'une personne à l'autre et que s'il y a contact à plus de deux mètres, le risque est généralement considéré comme faible.
- ▶ Que la présence d'une barrière physique de qualité²⁵ (comme un Plexiglas) entre les personnes limite l'exposition aux aérosols respiratoires infectieux, à la condition qu'elle n'entrave pas la ventilation.
- ▶ Que le port du masque de qualité²⁶ limite la transmission du SRAS-CoV-2, pourvu qu'il soit bien porté en tout temps lorsqu'indiqué²⁷, et qu'il s'ajoute à une combinaison de mesures recommandées.
- ▶ Dans certaines circonstances de travail, un **appareil de protection respiratoire de type N95 peut être requis** pour une protection d'efficacité supérieure. Étant donné les difficultés de l'ajustement nécessaire du N95 en raison des changements morphologiques du visage durant la grossesse, les tâches qui nécessitent de porter un N95 bien ajusté devraient être évitées durant la grossesse.
- ▶ Que les résultats d'analyses sérologiques des anticorps contre le SRAS-CoV-2 ne peuvent jusqu'à présent pas être interprétés pour donner une information fiable sur le statut de protection contre l'infection à SRAS-CoV-2 et sur la durée anticipée d'une telle protection.
- ▶ Que les tâches les plus à risque sont celles effectuées auprès des personnes confirmées ou suspectées de COVID-19 ou de personnes sous investigation, mais ne s'y limitent pas.
- ▶ Que la transmission de l'infection peut également se faire par des personnes de tout âge, qui peuvent être symptomatiques (avec des symptômes spécifiques ou non), mais également asymptomatiques ou en phase présymptomatique.
- ▶ Que le risque d'être en contact avec un cas contagieux de COVID-19 est fortement influencé par la circulation du virus dans la population.
- ▶ Que le risque d'infection est médié par les contacts avec des cas contagieux et par l'immunité conférée par la maladie et par le vaccin à prévenir l'infection (grave ou non) du variant dominant.
- ▶ Qu'en contexte d'éclosion dans un milieu de travail, le risque d'un contact avec un cas contagieux est augmenté.

²⁵ Voir note INSPQ : [Hiérarchie des mesures de contrôle en milieu de travail](#)

²⁶ Masques qui répondent [aux critères de la norme ASTM F2100 ou de la norme EN14683 type IIR](#), ainsi qu'aux masques attestés [BNQ 1922-900](#).

²⁷ La pertinence et l'efficacité du port du masque comme protection individuelle pour les femmes enceintes en milieu de travail seront réévaluées dans une version subséquente du présent document.

Annexe 2 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

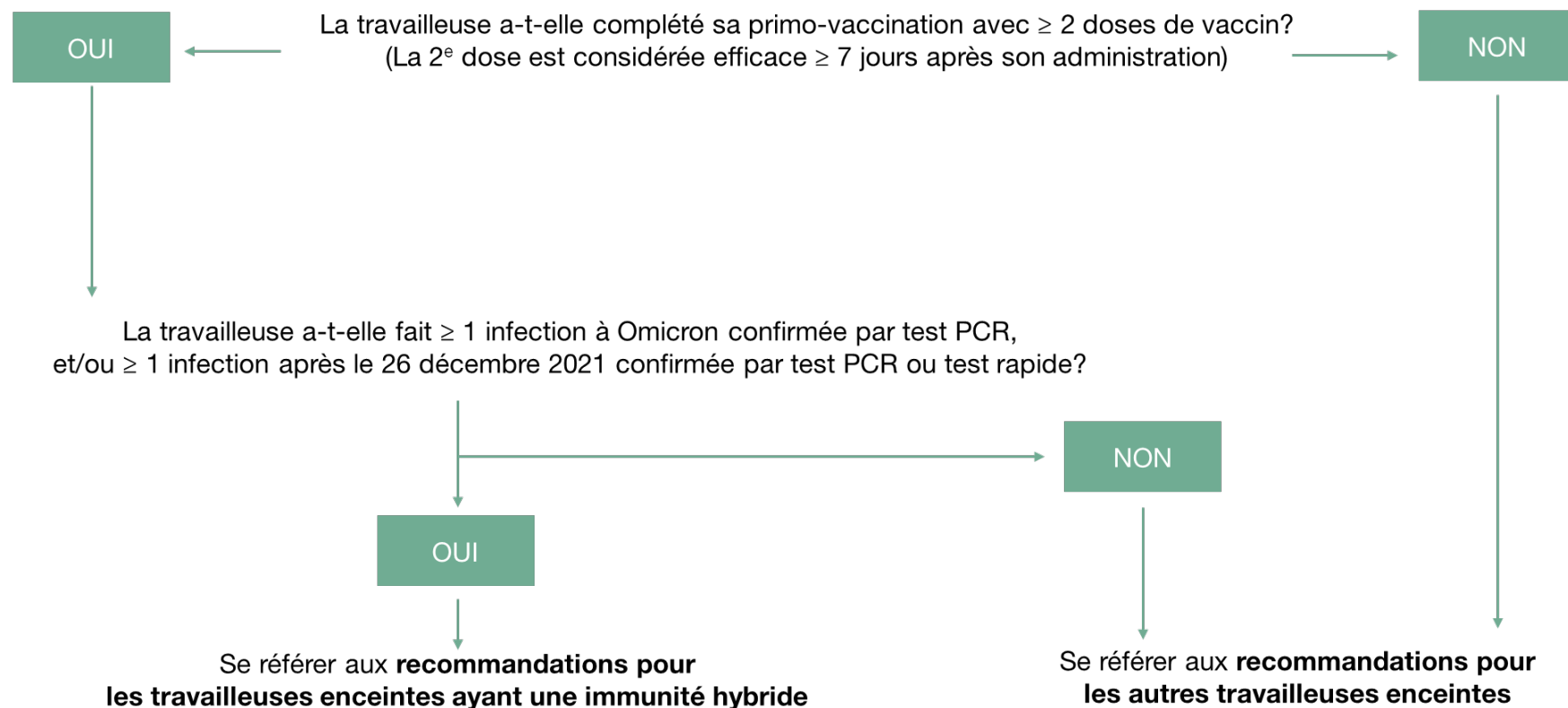


Tableau 1 Synthèse des recommandations applicables à l'ensemble des milieux de travail pour les travailleuses enceintes, en fonction de leur statut d'immunité

	Travailleuses enceintes avec une immunité hybride	Autres travailleuses enceintes
Mesures applicables en tout temps à l'ensemble des milieux de travail		
Respect de l'ensemble des mesures de prévention de la COVID-19 , incluant le recours aux mesures additionnelles lorsque le contexte le requiert	Recommandé	Recommandé
Respect d'une distanciation physique minimale de 2 mètres¹ : ▸ Lors des pauses ou des repas (où la travailleuse enceinte ne peut pas porter de masque) ▸ Autres situations	Recommandé (par exemple : espaces individuels désignés, horaires de pause décalés, etc.) Recommandé avec la clientèle et les collègues si la travailleuse enceinte ne porte pas de masque et en l'absence d'une barrière physique (ex. : vitre ou Plexiglas) adéquate	Recommandé (par exemple : espaces individuels désignés, horaires de pause décalés, etc.) Recommandé en tout temps avec la clientèle et les collègues en l'absence d'une barrière physique (ex. : vitre ou Plexiglas) adéquate, que la travailleuse enceinte porte un masque ou non
Port du masque de qualité par la travailleuse enceinte ou mise en place d'une barrière physique de qualité qui n'entrave pas la ventilation (exemples : vitre de séparation ou Plexiglas)	▸ Port du masque de qualité par la travailleuse enceinte recommandé lors des contacts à moins de 2 mètres avec les collègues ou la clientèle, ou ▸ Mise en place d'une barrière physique de qualité recommandée pour les contacts à moins de 2 mètres, y compris lors des pauses et des repas²	▸ Maintien de la distanciation physique de 2 mètres, même lorsqu'il y a port du masque de qualité, ou ▸ Mise en place d'une barrière physique de qualité recommandée pour les contacts à moins de 2 mètres, y compris lors des pauses et des repas²
Éliminer les contacts à moins de deux mètres avec des personnes présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19 , que la travailleuse enceinte porte ou non un masque de qualité	Recommandé, à l'exception des contacts avec des personnes ayant reçu un résultat PCR négatif ou deux tests antigéniques négatifs relatifs à cet épisode de symptômes (ou selon les recommandations en vigueur)	Recommandé
Éliminer les contacts à moins de deux mètres avec des cas confirmés, probables, ou suspectés³ de COVID-19 , incluant les personnes en isolement au domicile ou en hébergement, que la travailleuse enceinte porte ou non un masque de qualité	Recommandé ▸ Les contacts < 2 mètres à éliminer incluent notamment les soins, les prélèvements, les examens médicaux, les examens paracliniques et le traitement des cas confirmés, probables, ou suspectés de COVID-19 ou des personnes sous investigation	Recommandé
Éliminer la tâche de réaliser, manipuler et analyser les tests de dépistage de la COVID-19 , à l'exception des échantillons inactivés	Recommandé	Recommandé

¹ 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.

² Dans le cas où la travailleuse enceinte se trouve à une distance de moins de deux mètres d'une autre personne, séparée par une barrière physique de qualité, le port du masque de qualité par la travailleuse enceinte n'est requis que s'il l'est pour tous les travailleurs dans la même situation de travail.

³ Définitions :

- ✓ Cas confirmés : cas avec détection d'acides nucléiques du SRAS-CoV-2 (ex. : test d'amplification des acides nucléiques positif ou TAAN+).
- ✓ Cas confirmé par lien épidémiologique : cas avec symptômes cliniques compatibles avec la COVID-19 ET exposition à risque élevée avec un cas confirmé par laboratoire pendant sa période de contagiosité ET aucune autre cause apparente.
- ✓ Cas probable : cas avec un test de détection antigénique positif (TDAR+) pour le SRAS-CoV-2 et qui ne répond pas aux critères d'un cas confirmé ET
 - qui présente des manifestations cliniques compatibles avec la COVID-19,
 - OU
 - a eu un contact étroit avec un cas de COVID-19,
 - OU
 - a été exposé à un milieu en éclosion.
- ✓ Cas suspecté : usager ayant des symptômes compatibles avec la COVID-19 et en attente de passer un test (test de dépistage antigénique rapide (TDAR) ou test d'amplification des acides nucléiques (TAAN-labo ou TAAN rapide au point de service)) ou en attente du résultat d'un test pour le SRAS-CoV-2.

Tableau 2 Synthèse des recommandations applicables à l'ensemble des milieux de travail en situation d'éclosion pour les travailleuses enceintes, en fonction de leur statut d'immunité

	Travailleuses enceintes avec une immunité hybride	Autres travailleuses enceintes
Mesures applicables en situation d'éclosion dans un milieu de travail avec hébergement		
Éliminer toutes tâches dans les secteurs des établissements d'hébergement (centre hospitalier, milieu de vie : centre de détention, centre d'accueil ou résidence pour aînés, centre d'hébergement de soins de longue durée, etc.) qui ont été déclarés en éclosion pour la COVID-19 par les autorités de santé publique qui en décrèteront aussi la fin	Recommandé	Recommandé
	Également, dans ces milieux de travail, éliminer le partage d'espaces communs (salles de repas, salles de repos, vestiaires et autres) avec des travailleurs qui fréquentent des secteurs en éclosion	
Mesures applicables en situation d'éclosion dans un milieu de travail sans hébergement		
Dans les milieux autres que ceux où il y a de l'hébergement de personnes malades, en présence de deux (2) cas de COVID-19 survenant dans son environnement de travail immédiat, la travailleuse enceinte et l'employeur doivent demeurer vigilants	Recommandé	Recommandé
	- En présence de deux (2) cas confirmés ou probables¹ de COVID-19 sur une période de 14 jours dans l'environnement de travail immédiat de la travailleuse (ex. : département/classe/groupe-classe), nous recommandons une réaffectation immédiate hors du département/de la classe/du groupe-classe, jusqu'à 10 jours après la présence du dernier cas - La présence de cas à l'extérieur de l'environnement de travail immédiat de la travailleuse, par exemple dans d'autres départements/classes/quarts de travail, ne nécessite pas de modifier l'affectation, pourvu que les quarts de travail (même lieu) ne se chevauchent pas et demeurent étanches (les mêmes personnes travaillent toujours sur les mêmes quarts de travail) - Par ailleurs, la travailleuse enceinte doit éviter de fréquenter des lieux communs partagés par des travailleurs qui fréquentent les départements/secteurs en éclosion (salles de repas, salles de pause, vestiaires). Cette recommandation pourrait être modulée selon certaines situations/configurations particulières des lieux de travail	

¹ Définitions :

- ✓ Cas confirmés : cas avec détection d'acides nucléiques du SRAS-CoV-2 (ex. : test d'amplification des acides nucléiques positif ou TAAN+).
- ✓ Cas confirmé par lien épidémiologique : cas avec symptômes cliniques compatibles avec la COVID-19 ET exposition à risque élevée avec un cas confirmé par laboratoire pendant sa période de contagiosité ET aucune autre cause apparente.
- ✓ Cas probable : cas avec un test de détection antigénique positif (TDAR+) pour le SRAS-CoV-2 et qui ne répond pas aux critères d'un cas confirmé ET
 - qui présente des manifestations cliniques compatibles avec la COVID-19,
 - OU
 - a eu un contact étroit avec un cas de COVID-19,
 - OU
 - a été exposé à un milieu en éclosion.
- ✓ Cas suspecté : usager ayant des symptômes compatibles avec la COVID-19 et en attente de passer un test (test de dépistage antigénique rapide (TDAR) ou test d'amplification des acides nucléiques (TAAN-labo ou TAAN rapide au point de service)) ou en attente du résultat d'un test pour le SRAS-CoV-2.

Tableau 3 Synthèse des recommandations applicables dans les milieux de soins pour les travailleuses enceintes, en fonction de leur statut d'immunité

	Travailleuses enceintes avec une immunité hybride	Autres travailleuses enceintes
Mesures additionnelles applicables en tout temps pour les milieux de soins		
Respect des mesures spécifiques aux milieux de soins	Recommandé	Recommandé
	› Consulter les autorités concernées de l'établissement afin de déterminer une affectation adéquate.	
Éliminer la présence dans toute pièce où sont réalisées des interventions médicales, dentaires ou en thanatopraxie générant des aérosols	Recommandé	Recommandé
	› Ne s'applique pas lorsque, dans le cadre des activités, toute la clientèle a l'obligation de fournir systématiquement un résultat négatif récent (moins de 48 heures) d'un test de dépistage de la COVID-19 (excluant les tests antigéniques)	
Éliminer la gestion des dépouilles qui étaient des cas confirmés ou suspectés de COVID-19	Recommandé	Recommandé
Éliminer la présence dans toute pièce où sont réalisées des interventions vétérinaires générant des aérosols chez un animal suspecté ou confirmé atteint de la COVID-19	Recommandé	Recommandé

COVID-19 (SRAS-CoV-2) : Addendum aux recommandations intérimaires sur les mesures de prévention en milieu de travail pour les travailleuses enceintes – Addendum

AUTEURS

Stéphane Caron, médecin-conseil
Lise Goulet, médecin-conseil
Groupe scientifique maternité et travail
Direction de la santé environnementale, au travail et de la toxicologie,
Évelyne Cambron-Goulet, médecin-conseil
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre
Coprésidente de la 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
Reiner Banken, médecin-conseil
Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval
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)
Gentiane Perrault-Sullivan, conseillère scientifique spécialisée
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

RÉVISEUR

Stéphane Perron, médecin-conseil
Direction de la santé environnementale, au travail et de la toxicologie

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 (2022)

N° de publication : 2919 - Addendum

