

FEMME ENCEINTE

Dans cette section, seules les particularités liées à la femme enceinte et son ou ses fœtus sont présentées. Pour plus de renseignements sur chacune des maladies, voir les sections correspondantes du chapitre 7.

Pour plus d'information sur la vaccination des femmes enceintes et de leur entourage, notamment contre la rubéole, la rougeole, la varicelle, la coqueluche et la grippe (l'influenza), voir le PIQ, section *Vaccinologie pratique*, [Grossesse](#).

RISQUES INFECTIEUX POUR LE FOETUS

Les mères de nourrissons et les femmes enceintes (travailleuses, stagiaires ou élèves) en service de garde ou en milieu scolaire sont plus exposées aux infections susceptibles de présenter des risques pour le fœtus ou le nouveau-né.

Les infections les plus souvent en cause sont :

- Le cytomégalovirus.
- Le parvovirus B19 (érythème infectieux ou cinquième maladie).
- La rubéole.
- La rougeole.
- Les oreillons.
- La varicelle.
- La coqueluche.

CYTOMÉGALOVIRUS

Entre 10 et 70 % des enfants en service de garde excrètent le cytomégalovirus, surtout dans l'urine et la salive. L'excrétion peut persister plusieurs mois même après une infection asymptomatique, surtout chez les enfants âgés de moins de 36 mois. Ce sont les enfants dans ce groupe d'âge qui risquent le plus de transmettre l'infection aux travailleuses enceintes en service de garde. Ces travailleuses présentent un risque de contracter l'infection de 5 à 10 fois plus élevé que la population générale.

Les femmes les plus à risque d'avoir un enfant avec une infection congénitale à cytomégalovirus sont celles qui n'ont jamais été infectées et qui n'ont pas d'anticorps contre le cytomégalovirus. Cependant, même les femmes qui ont déjà fait une infection à cytomégalovirus ne sont pas à l'abri d'une réinfection ou d'une réactivation du virus. Le taux de séroconversion au cours d'une année chez les travailleuses en service de garde est de l'ordre de 8 à 24 %. La possibilité d'une infection pendant la grossesse est donc élevée. Dans 1 à 5 % des cas, l'enfant pourra naître avec des signes cliniques d'infection congénitale à cytomégalovirus. On estime que de 5 à 15 % des enfants infectés, mais ne présentant pas de symptômes à la naissance, présenteront des séquelles comme la surdité neurosensorielle, le retard du développement psychomoteur ou de la déficience visuelle. L'infection congénitale à cytomégalovirus est la principale cause infectieuse d'atteinte cognitive et de la surdité neurosensorielle.

Toutes les femmes enceintes qui sont en contact avec de jeunes enfants doivent appliquer rigoureusement les mesures d'hygiène, notamment se laver les mains après avoir été en contact avec l'urine ou la salive des enfants et éviter de porter à la bouche, aux yeux ou au nez, les mains ou tout objet entrant en contact avec la salive des enfants. On a par ailleurs démontré que les femmes enceintes bien informées de l'épidémiologie du cytomégalovirus étaient plus motivées à suivre les recommandations s'appliquant à elles et, ce faisant, diminuaient l'acquisition de l'infection.

PARVOVIRUS B19 (CINQUIÈME MALADIE OU ÉRYTHÈME INFECTIEUX)

Le parvovirus B19 est une affection qui est bénigne chez l'enfant, mais qui peut être dommageable pour le fœtus (avortement spontané, retard de croissance intra-utérin, *hydrops foetalis*) si la mère contracte l'infection durant la grossesse. Le risque est plus important si l'infection survient dans la 1^{re} moitié de la grossesse. Toutefois, aucune infection n'a été rapportée avant la 8^e semaine de grossesse.

La maladie est plus fréquente chez les enfants âgés de 4 à 10 ans. Les éclosions surviennent plus souvent dans les écoles à la fin de l'hiver ou au début du printemps. Ces éclosions sont souvent le reflet d'une circulation du virus dans la communauté, incluant des infections asymptomatiques.

Lorsqu'une éclosion se produit dans une école ou un service de garde, de 19 à 31 % des éducatrices ou des enseignants non immuns feront l'infection. Toutefois, les contacts à la maison demeurent la source majeure d'infection, où 50 % des personnes réceptives feront l'infection. Le risque estimé de contamination d'une femme enceinte dans la population en général est de 3 %, ce risque augmentant à 16 % pour les enseignantes et à 9 % pour les éducatrices en service de garde avec un risque de décès du fœtus estimé entre 2 et 6 %.

RUBÉOLE

Le virus de la rubéole cause des malformations congénitales lorsqu'il infecte le fœtus dans les 20 premières semaines de la grossesse. On peut prévenir facilement cette maladie par la vaccination. Toute femme en âge de procréer devrait être protégée contre ce virus, soit parce qu'elle a reçu le vaccin, soit parce qu'elle a fait la maladie et a une sérologie démontrant la présence d'anticorps contre la rubéole à un titre ≥ 10 UI/ml. La vaccination recommandée n'est pas la même pour tous les pays, d'où l'importance :

- De vérifier le statut vaccinal de toutes les femmes en âge de procréer avant la grossesse et, le cas échéant, de mettre à jour leur vaccination.
- De mettre à jour la vaccination de leur entourage car la femme ne peut pas être vaccinée pendant sa grossesse.

L'enjeu avec la prévention de la rubéole congénitale est que le virus provoque, particulièrement chez l'enfant, une maladie bénigne qui peut passer inaperçue. De plus, la rubéole est contagieuse 7 jours avant l'apparition de l'éruption. En raison de cas importés et de groupes refusant la vaccination, la rubéole est susceptible de circuler, mais cela survient rarement. Les femmes enceintes exposées sont généralement celles en contact avec des enfants et des jeunes.

ROUGEOLE

Le virus de la rougeole est associé à un plus grand nombre d'avortements spontanés, d'accouchements prématurés et de naissances d'un bébé de petit poids. On peut facilement prévenir la maladie par la vaccination. Le vaccin est recommandé pour toutes les femmes nées depuis 1970 qui n'ont pas fait la rougeole.

Depuis 2002, la rougeole était considérée comme éliminée de l'Amérique. Toutefois, quelques épidémies sont survenues dans les dernières années, dont celle qui a sévi dans plusieurs régions du Québec en 2011. Lors de cette épidémie, 53 % des cas ont acquis l'infection dans le milieu scolaire. C'est pourquoi une vaste campagne de rattrapage de vaccination a eu lieu dans les écoles québécoises de novembre 2011 à juin 2012. Le risque de contracter la rougeole demeure très faible dans un service de garde ou une école lorsque la vaccination des personnes est à jour.

Si une femme enceinte née depuis 1970 et considérée comme non protégée vient en contact avec un cas de rougeole, elle doit consulter dans les plus brefs délais son médecin, qui évaluera la nécessité de lui administrer des immunoglobulines. Pour être considérée comme protégée, une femme enceinte née depuis 1970 doit avoir reçu 2 doses de vaccin ou posséder une attestation médicale confirmant qu'elle a fait la rougeole avant 1996 ou être un cas confirmé (sérologie positive ou recherche virale positive ou clinique compatible et lien épidémiologique avec un cas confirmé). En postexposition, les femmes enceintes nées entre 1970 et 1979 qui ont seulement reçu 1 dose de vaccin contre la rougeole devraient elles aussi recevoir des immunoglobulines.

La vaccination recommandée n'est pas la même pour tous les pays, d'où l'importance :

- De vérifier le statut vaccinal de toutes les femmes en âge de procréer avant la grossesse et, le cas échéant, de mettre à jour leur vaccination.
- De mettre à jour la vaccination de leur entourage, car la femme ne peut pas être vaccinée pendant sa grossesse.

OREILLONS

On attribue au virus des oreillons un plus grand risque d'avortement spontané chez les femmes enceintes qui acquièrent la maladie au 1^{er} trimestre. Il n'y a pas de risque de malformations pour le fœtus.

VARICELLE

En début de grossesse, la varicelle peut, dans de rares cas, causer de sérieuses malformations du fœtus. Depuis que la vaccination contre la varicelle fait partie du calendrier régulier d'immunisation des enfants du Québec, cette maladie est beaucoup moins fréquente, mais elle touche encore les services de garde et les écoles, et peut survenir à n'importe quel moment de l'année.

Une femme enceinte qui n'a jamais fait la maladie ou qui n'a pas d'anticorps contre elle et qui n'a pas été vaccinée, risque de contracter la varicelle lorsqu'elle travaille auprès des enfants et de la transmettre à son fœtus. Si elle a une exposition significative à la varicelle en phase contagieuse, elle devrait consulter le plus tôt possible son médecin, qui évaluera la nécessité de lui administrer des immunoglobulines contre le virus varicelle-zona (Varlg).

Toute personne qui n'a pas fait la varicelle ou qui n'a pas d'anticorps contre cette maladie devrait se faire vacciner, en particulier si elle travaille avec des enfants ou si elle est en contact avec une femme enceinte, car cette dernière ne peut pas être vaccinée pendant la grossesse.

COQUELUCHE

La coqueluche ne cause pas de risques d'atteinte ou de malformations fœtales ni de complications de grossesse. Toutefois, la mère qui fait la coqueluche et qui est en phase contagieuse expose son nouveau-né, qui peut à son tour faire la maladie. La coqueluche peut causer des complications respiratoires et neurologiques et parfois même le décès chez les nourrissons.

Une femme enceinte qui a un contact significatif avec une personne atteinte de coqueluche en phase de contagion dans les 3 semaines qui précèdent la date prévue de son accouchement devrait recevoir des antibiotiques en prophylaxie afin de protéger son nouveau-né. Si le contact remonte à plus de 21 jours, l'efficacité de la prophylaxie est limitée.

La vaccination de la femme en âge de procréer, de la femme enceinte et de son entourage est importante pour prévenir la transmission de la coqueluche au nouveau-né. Depuis 2018, la vaccination contre la coqueluche fait partie du calendrier de vaccination pour toutes les femmes enceintes à chaque grossesse. Pour plus de détails, section *Vaccinologie pratique*, [Grossesse](#).

GRIPPE

L'incidence de la grippe durant la grossesse est analogue à celle dans la population générale. Toutefois, une femme qui contracte la grippe à partir du 2^e trimestre de sa grossesse risque davantage d'être hospitalisée et de présenter des complications de la maladie. Il n'y a pas de preuves de risques d'issues défavorables de la grossesse ou d'atteinte du fœtus associés à la grippe. En saison épidémique, les enfants ont un taux d'attaque plus élevé, mais la littérature médicale actuelle ne démontre pas de risque d'acquisition de la grippe plus élevé chez certains groupes de travailleurs, comme les éducatrices ou les enseignantes.

Pour toutes les femmes enceintes, la vaccination est recommandée en période de grippe à partir du 2^e trimestre pour les femmes en bonne santé et à partir du 1^{er} trimestre pour celles présentant des facteurs de risque. La vaccination de l'entourage de ces femmes est également recommandée. Les mesures d'hygiène de base, dont le lavage des mains et l'hygiène respiratoire, peuvent aussi diminuer le risque d'infection.

MESURES À PRENDRE

Toutes les femmes en service de garde ou à l'école devraient consulter leur médecin lorsqu'elles planifient une grossesse pour :

- S'assurer que leur vaccination et celle de leur entourage sont à jour, en particulier contre la rubéole, la rougeole, les oreillons, la varicelle, la coqueluche et l'influenza.
- Évaluer les risques infectieux dans leur milieu et discuter des moyens de prévention.
- Si nécessaire, effectuer des sérologies.
- Se renseigner sur les aliments à éviter afin de prévenir les infections.

Pendant la grossesse, les femmes doivent :

- Appliquer en tout temps les mesures d'hygiène de base de façon stricte, dont le lavage des mains et l'hygiène respiratoire. Entre autres, elles doivent éviter de porter à la bouche, aux yeux ou au nez, les mains ou tout objet entrant en contact avec la salive des enfants et se laver les mains soigneusement après chaque changement de couche ou après un contact avec un liquide biologique. Ces mesures diminueront les risques infectieux pour elles-mêmes et pour le fœtus.
- Dès le début de leur grossesse, vérifier avec leur médecin si elles sont admissibles au programme *Pour une maternité sans danger* (PMSD) (voir ci-dessous). Selon l'évaluation des dangers inhérents à leur fonction, elles pourraient être réaffectées à une tâche moins à risque ou retirées de leur milieu de travail.
- En cas de contact infectieux ou si une maladie contagieuse sévit dans leur milieu, communiquer avec leur médecin pour vérifier leur protection contre cette maladie infectieuse : statut vaccinal, sérologie. Si elles sont vulnérables, le médecin pourrait, selon l'évaluation de chaque cas, recommander une réaffectation ou un retrait ou amorcer un traitement, dont des immunoglobulines (ex. : rougeole et varicelle) ou des antiviraux (ex. : grippe).

PROGRAMME PMSD

Au Québec, le programme PMSD prévoit des mesures préventives pour les travailleuses enceintes salariées.

Pour avoir recours au programme PMSD, la travailleuse enceinte doit en faire la demande à son médecin traitant, qui consultera le médecin en santé au travail. Sur réception du certificat attestant les dangers à éviter, l'employeur doit affecter la travailleuse enceinte de manière à éviter les risques. Si une telle affectation est impossible, l'employeur verra à confirmer la démarche à suivre avec la CNESST quant à son retrait du travail. On recommande généralement à la travailleuse enceinte de ne pas prendre l'initiative de « se retirer » à la maison, mais bien d'attendre les directives à ce sujet de la part de la CNESST.

Pour plus de renseignements sur le programme PMSD, visiter le site Internet de la CNESST : www.csst.qc.ca/travailleurs/maternite_sans_danger/Pages/maternite_sans_danger.aspx.