

Pratiques exemplaires de prévention et de contrôle des infections en périnatalogie

Dans tous les milieux de soins de santé qui prodiguent des soins obstétricaux et des soins aux nouveau-nés

Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI)

Publication : avril 2012
Mise à jour : février 2015



Public
Health
Ontario

PARTNERS FOR HEALTH

Santé
publique
Ontario

PARTENAIRES POUR LA SANTÉ

Santé publique Ontario

Santé publique Ontario est une société de la Couronne vouée à la protection et à la promotion de la santé de l'ensemble de la population ontarienne, ainsi qu'à la réduction des inégalités en matière de santé. Santé publique Ontario met les connaissances et les renseignements scientifiques les plus pointus du monde entier à la portée des professionnels de la santé publique, des travailleurs de la santé de première ligne et des chercheurs. Santé publique Ontario offre au gouvernement, aux bureaux locaux de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé un soutien scientifique et technique spécialisé en matière de :

- maladies infectieuses et transmissibles
- prévention et contrôle des infections
- santé de l'environnement et du milieu du travail
- préparation aux situations d'urgence
- promotion de la santé et prévention des maladies chroniques et des traumatismes
- services de laboratoires de santé publique

Les activités de Santé publique Ontario incluent aussi la surveillance, l'épidémiologie, la recherche, le perfectionnement professionnel et la prestation de services axés sur le savoir. Pour en savoir davantage, consultez <http://www.publichealthontario.ca/fr/Pages/default.aspx>.

Le **Comité consultatif provincial des maladies infectieuses sur la prévention et le contrôle des infections** (CCPMI-PCI) est un comité multidisciplinaire composé de professionnels de la santé possédant de l'expertise et de l'expérience en matière de prévention et de contrôle des infections. Le comité conseille Santé publique Ontario en matière de prévention et de contrôle des infections associées aux soins de santé, en prenant en compte le système de santé dans son ensemble, à des fins de protection des clients/patients/résidents et des fournisseurs de soins de santé. Le CCPMI-PCI prépare des produits de connaissance sur les pratiques exemplaires qui sont fondés sur des données probantes dans la mesure du possible, pour aider les organisations de soins de santé à améliorer la qualité des soins et la sécurité des clients/patients/résidents.

Avis de non-responsabilité à l'égard des documents sur les pratiques exemplaires: Le présent document a été préparé par le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses sur la prévention et le contrôle des infections (CCPMI-PCI). Le CCPMI-PCI est un organisme consultatif multidisciplinaire scientifique qui conseille Santé publique Ontario (SPO) en se fondant sur des faits probants relatifs à plusieurs aspects de l'identification, de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses. Les outils et les documents sur les pratiques exemplaires que le CCPMI-PCI produit sont l'expression de l'opinion généralisée de ses membres relativement aux pratiques qu'ils jugent prudentes. Ces ressources sont mises à la disposition des bureaux de santé publique et des fournisseurs de soins de santé.

SPO n'assume aucune responsabilité pour les conséquences de l'usage de ce document par qui que ce soit. Ce document peut être reproduit sans permission à des fins non commerciales seulement, pourvu que les renvois appropriés soient faits à Santé publique Ontario. Aucun changement ou modification ne peut être effectué à ce document sans la permission écrite explicite de Santé publique Ontario.

Modèle proposé pour citer le document : Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. Pratiques exemplaires de prévention et de contrôle des infections en périnatalogie, version mise à février 2015, Toronto, ON, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2015.

REMARQUES : Le présent document vise uniquement à établir des pratiques exemplaires. Nous invitons les établissements de soins de santé à faire le nécessaire pour mettre en œuvre ces pratiques exemplaires afin d'améliorer la qualité des soins.

Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI)

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé

www.santepubliqueontario.ca | Tél. : 647 260-7100 | Courriel : pidac@oahpp.ca

Le présent rapport peut être reproduit sans autorisation, en totalité ou en partie, à des fins éducatives seulement.

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2015

Pratiques exemplaires de prévention et de contrôle des infections en périnatalogie, mise à janvier de 2015

Publication : avril 2012

Ce document est à jour en date d'avril 2012. Les modifications apportées dans le cadre de la présente mise à jour sont résumées ci-après.

Résumé des modifications :

Numéro de révision	Date de mise en œuvre	Description et changement	Page
001	février 2015	Depuis le 4 décembre 2013, la déclaration de l'herpès simple – maladie active chez les nouveau-nés n'est plus obligatoire.	105

Membres du CCPMI-PCI :

D^r Matthew Muller, président

Directeur médical, PCI
Hôpital St. Michael's, Toronto

D^{re} Irene Armstrong

Médecin-hygiéniste adjointe
Bureau de santé publique de Toronto, Toronto

Anne Bialachowski

Chef, PCI
St. Joseph's HealthCare, Hamilton

Sandra Callery

Directrice, PCI
Centre Sunnybrook des sciences de la santé,
Toronto

D^r William Ciccotelli

Maladies infectieuses et microbiologie
médicale
Hôpital Grand River, Kitchener

Judy Dennis

Chef, PCI
Centre hospitalier pour enfants de l'est de
l'Ontario, Ottawa

D^{re} Susy Hota

Médecin spécialiste, PCI
Réseau universitaire de santé, Hôpital général de
Toronto, Toronto

D^{re} Allison McGeer

Directrice, contrôle des infections
Hôpital Mount Sinai, Toronto

Vydia Nankoosingh

Chef, PCI
Hôpital de Scarborough, Toronto

Catherine Richard

Chef, programme de santé et de sécurité au travail
Centre d'accès aux soins communautaires
Champlain

Membres d'office :

Erika Bontovics

Chef, politiques et programmes en matière de
maladies infectieuses
Ministère de la Santé et des Soins de longue
durée, Toronto

D^r Gary Garber

Directeur médical, PCI
Santé publique Ontario, Ottawa

D^r Leon Genesove

Médecin en chef, Unité des soins de santé
Direction de la santé et de la sécurité au travail
Ministère du Travail, Toronto

Personnel de Santé publique Ontario :

D^{re} Maureen Cividino

Médecin, médecine du travail
St. Joseph's Health Care, Hamilton

Tim Cronsberry

Chef, réseau régional de contrôle des infections

Cathy Egan

Directrice, prévention et contrôle des infections

D^r Kevin Katz

Spécialiste en maladies infectieuses et
microbiologiste médical, Directeur médical, PCI,
Hôpital général de North York, Toronto

Mabel Lim

Rédactrice/spécialiste de la PCI

D^r Samir Patel

Microbiologiste clinique
Laboratoire de Santé publique Ontario

D^{re} Mary Vearncombe, présidente sortante

Directrice médicale, prévention et contrôle
des infections, Centre Sunnybrook des
sciences de la santé, Toronto

Remerciements

Le CCPMI-PCI tient à souligner la contribution et l'expertise des personnes suivantes qui ont participé à la mise au point du document original, publié pour une première fois en avril 2012 :

Membres du CCPMI-PCI au moment de la publication originale de ce document :

D^{re} Allison McGeer

Directrice, contrôle des infections,
Hôpital Mount Sinai, Toronto

D^{re} Kathryn Suh

Directrice associée, prévention et contrôle des
infections, Hôpital d'Ottawa, Ottawa

D^r Dick Zoutman

Professeur, Divisions de microbiologie médicale
et des maladies infectieuses, Université Queen's,
Kingston, Médecin-chef, Quinte Health Care,
Belleville

D^r Kevin Katz

Spécialiste en maladies infectieuses et
microbiologiste médical, Hôpital général de North
York, Toronto

Donna Baker

Chef, prévention et contrôle des infections,
Soins continus Bruyère, Ottawa

Mary Lou Card

Chef, prévention et contrôle des infections,
London Health Sciences Centre et centre des soins
de santé St. Joseph's

D^{re} Irene Armstrong

Médecin-hygiéniste adjointe,
Bureau de santé publique de Toronto, Toronto

D^{re} Mary Vearncombe, présidente sortante

Directrice médicale, Prévention et contrôle des
infections, microbiologie, Centre Sunnybrook des
sciences de la santé, Toronto

Judy Dennis

Chef, prévention et contrôle des infections
Centre hospitalier pour enfants de l'est de
l'Ontario, Ottawa

Membres d'office au moment de la publication originale de ce document :

D^r Doug Sider

Directeur intérimaire de la prévention et du
contrôle des infections
Santé publique Ontario, Toronto

Liz Van Horne

Responsable, questions scientifiques
Chef, ressources en prévention et en contrôle des
maladies infectieuses
Santé publique Ontario, Toronto

Erika Bontovics

Chef, politiques et programmes en matière de
maladies infectieuses, Ministère de la Santé et
des Soins de longue durée, Toronto

Pat Piaskowski

Coordonnatrice de réseau, Réseau de contrôle des
infections de la région du Nord-Ouest de l'Ontario,
Santé publique Ontario, Thunder Bay

D^r Leon Genesove

Médecin en chef, Unité des soins de santé,
Direction de la santé et de la sécurité au travail
Ministère du Travail, Toronto

Personnel de Santé publique Ontario au moment de la publication originale de ce document :

Joann Braithwaite

Chef, maladies transmissibles

D^{re} Maureen Cividino

Médecin, médecine du travail

D^r Samir Patel

Microbiologiste clinique

Laboratoire de Santé publique Ontario

Shirley McDonald

Experte/rédactrice technique, ressources en
prévention et en contrôle des infections

Consultants exxternes :

D^{re} Brigitte Lemyre

Chef d'établissement, Division de néonatalogie
Hôpital d'Ottawa, campus général

D^r Michael Dunn

Néonatalogiste, Centre Sunnybrook des sciences
de la santé, Toronto

Isabelle Langman

Coordonnatrice de réseau

Réseau de contrôle des infections du Nord-Est de
l'Ontario, Sudbury

Table des matières

TABLE DES MATIÈRES.....	7
ABRÉVIATIONS.....	9
GLOSSAIRE.....	10
PRÉAMBULE.....	13
À PROPOS DU PRÉSENT DOCUMENT.....	13
FONDEMENT DES RECOMMANDATIONS.....	13
COMMENT ET QUAND UTILISER LE PRÉSENT DOCUMENT.....	13
HYPOTHÈSES ET PRATIQUES EXEMPLAIRES EN MATIÈRE DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS.....	14
I. PRATIQUES EXEMPLAIRES DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS EN PÉRINATOLOGIE.....	1
1. CONTEXTE.....	1
2. PRATIQUES DE BASE EN PÉRINATOLOGIE.....	3
A. ÉVALUATION DES RISQUES ET DÉPISTAGE.....	4
B. HYGIÈNE DES MAINS.....	6
C. ÉQUIPEMENT DE PROTECTION INDIVIDUELLE (ÉPI).....	9
D. NETTOYAGE DE L'ENVIRONNEMENT EN MILIEU PÉRINATAL.....	11
E. RETRAITEMENT DE L'ÉQUIPEMENT.....	14
F. HÉBERGEMENT ET PLACEMENT.....	15
G. RÉADMISSION OU TRANSFERT DES MÈRES/NOUVEAU-NÉS.....	16
H. FAMILLES ET VISITEURS.....	17
I. SANTÉ AU TRAVAIL.....	17
J. SURVEILLANCE.....	18
3. PRÉCAUTIONS SUPPLÉMENTAIRES EN PÉRINATOLOGIE.....	20
A. PRÉCAUTIONS CONTRE LES CONTACTS.....	21
B. PRÉCAUTIONS CONTRE L'EXPOSITION AUX GOUTTELETTES.....	21
C. PRÉCAUTIONS CONTRE LES GOUTTELETTES ET LEUR TRANSMISSION PAR CONTACT.....	22
D. PRÉCAUTIONS CONTRE LA TRANSMISSION PAR VOIE AÉRIENNE.....	22
4. INFECTIONS PÉRINATALES.....	24
A. IMMUNISATION.....	24
B. STREPTOCOQUE DU GROUPE B (SGB).....	25
C. VIRUS DE L'HERPÈS SIMPLE (VHS).....	28
D. VIRUS DE L'HÉPATITE B (VHB).....	29
E. VIRUS DE L'HÉPATITE C (VHC).....	30
F. VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE (VIH).....	31
G. VARICELLE.....	33
H. GRIPPE.....	34
5. NUTRITION.....	35
A. LAIT MATERNEL EXTRAIT (LME).....	35
B. NETTOYAGE ET DÉSINFECTION DU MATÉRIEL D'ALIMENTATION.....	40
C. AGENTS D'ENRICHISSEMENT ET ADDITIFS.....	41
D. PRÉPARATIONS EN POUDRE POUR NOURRISSONS (PPN).....	41
E. PROBIOTIQUES.....	42
6. PRÉVENTION DES INFECTIONS LIÉES AUX CATHÉTERS VEINEUX CENTRAUX (CVC).....	42
A. SENSIBILISATION ET FORMATION.....	43
B. SURVEILLANCE DES ILCC.....	43
C. HYGIÈNE DES MAINS.....	44
D. ENSEMBLES DE MESURES LIÉES AUX CVC.....	44

7.	PRINCIPES GÉNÉRAUX DE PRÉVENTION ET DE GESTION DES ÉCLOSIONS	46
A.	PRÉVENTION DES ÉCLOSIONS	46
B.	GESTION DES ÉCLOSIONS	46
II.	EXEMPLES DE POLITIQUES ET DE PROCÉDURES RELATIVES À LA PÉRINATOLOGIE.....	47
III.	RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS EN VUE D'ASSURER L'ADOPTION DE PRATIQUES EXEMPLAIRES DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS EN PÉRINATOLOGIE	62
 TABLEAUX		
	TABEAU 1 : INFECTIONS COURANTES OU IMPORTANTES (OU LES DEUX) QUE DÉVELOPPENT LES NOUVEAU-NÉS.....	3
	TABEAU 2 : EXEMPLES D'INDICATEURS DE SURVEILLANCE EN PÉRINATOLOGIE	19
	TABEAU 3 : CRITÈRES DE CONSERVATION DES ALIMENTS POUR NOUVEAU-NÉS.....	37
	TABEAU 4 : INFECTIONS MATERNELLES POUVANT EMPÊCHER L'ALIMENTATION DU NOUVEAU-NÉ AU LAIT MATERNEL.....	39
 FIGURES		
	FIGURE 1 : ÉVALUATION AU POINT DE SERVICES.....	5
	FIGURE 2 : ENVIRONNEMENT DE L'UNSI ET ADAPTATION DES MOMENTS IMPORTANTS DE L'HYGIÈNE DES MAINS.	7

Abréviations

AgHBe	Antigène «e» de l'hépatite B
AgHBs	Antigène HBs
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
BLSE	Bêta-lactamase à spectre étendu
CCPMI	Comité consultatif provincial des maladies infectieuses
CMV	Cytomégalovirus
DMBA	Désinfectant pour les mains à base d'alcool
ÉPI	Équipement de protection individuelle
ERV	Infections à entérocoques résistants à la vancomycine
GIHB	Immunoglobuline anti-hépatite B
HMBANA	Human Milk Bank Association of North America
HTLV	Virus lymphotrope T humain
IASS	Infection associée aux soins de santé
ILCC	Infection liée à un cathéter central
IS	Infection sanguine
ISAC	Infection sanguine associée à un cathéter
LHP	Lait humain pasteurisé
LME	Lait maternel extrait
MSSLD	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (Ontario)
PAI	Prophylaxie antibiotique intrapartum
PCI	Prévention et contrôle des infections
PPN	Préparation en poudre pour nourrissons
RCP	Réaction en chaîne de la polymérase
SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline
SGB	Streptocoque du groupe B
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SPO	Santé publique Ontario
SST	Santé et sécurité au travail
TA	Traitement antirétroviral
UNSI	Unité néonatale de soins intensifs
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VHS	Virus de l'herpès simple
VRS	Virus respiratoire syncytial
ZDV	Zidovudine

Glossaire

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (AOPPS) : Organisme gouvernemental indépendant voué à la protection et à la promotion de la santé de l'ensemble de la population ontarienne, ainsi qu'à la réduction des inégalités en matière de santé. Créée aux termes de la loi en 2007 et active depuis 2008, l'AOPPS a pour mandat de fournir des conseils scientifiques et techniques à ceux qui œuvrent pour protéger et promouvoir la santé de la population ontarienne. Elle a pour vision de devenir un centre de compétences reconnu à l'échelle internationale s'attachant à protéger et à promouvoir la santé de l'ensemble de la population ontarienne par la mise en application et le développement des sciences et des connaissances. L'AOPPS fonctionne sous le nom de Santé publique Ontario (SPO).

Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI) : Comité scientifique multidisciplinaire de l'AOPPS qui donne des conseils factuels en ce qui concerne les multiples aspects de l'identification, de la prévention, et du contrôle des infections. Vous pouvez obtenir des renseignements supplémentaires à l'adresse :

<http://www.publichealthontario.ca/fr/BrowseByTopic/InfectiousDiseases/PIDAC/Pages/PIDAC.aspx>

Continuum des soins : Ensemble du secteur de la santé, y compris les lieux où des soins d'urgence (et préhospitaliers) sont fournis, les hôpitaux, les lieux où l'on fournit des soins continus complexes, les hôpitaux de réadaptation, les foyers de soins de longue durée, les établissements de santé mentale, les services de consultations externes, les centres et cliniques de santé communautaire, les cabinets de médecins, de dentistes et d'autres professionnels de la santé, les centres de santé et les soins à domicile.

Désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA) : Désinfectant liquide, en gel ou en mousse contenant de l'alcool (p. ex., alcool isopropylique ou éthanol), que l'on utilise dans les situations cliniques pour réduire le nombre de micro-organismes se trouvant sur les mains non visiblement souillées. Les DMBA contiennent des émollients qui réduisent l'irritation cutanée et permettent un lavage des mains plus rapide que lorsque l'on utilise du savon et de l'eau.

Éclosion : Pour les besoins du présent document, une éclosion est une augmentation du nombre de cas supérieure au nombre de cas qui surviennent normalement dans un établissement de soins de santé particulier pendant une période définie.

Équipement de protection individuelle (ÉPI) : Vêtement ou matériel porté par le personnel pour se protéger des dangers.

Environnement du patient : Environnement immédiat d'un patient qui peut être touché par ce dernier et par un fournisseur de soins de santé pendant qu'il donne des soins. Dans une chambre à un lit, l'environnement du patient est la chambre. Dans une chambre à plusieurs lits, cet environnement est l'espace qu'entoure le rideau qui permet d'isoler le lit de la personne. Dans un établissement de soins ambulatoires, l'environnement du patient est l'espace situé à l'intérieur de son cubicule avec lequel le patient est susceptible d'entrer en contact. Dans une pouponnière ou une unité de soins néonataux, cet environnement représente l'intérieur du lit d'enfant ou de l'incubateur, ainsi que le matériel utilisé pour le nouveau-né à l'extérieur de du lit d'enfant ou de l'incubateur (p. ex., ventilateur, moniteur). **Cette définition ne s'applique pas au domicile, dans le contexte de l'Ontario où l'on procède à des accouchements à domicile.**

Établissement de soins de santé : Lieu où des soins de santé sont prodigués, y compris les établissements qui dispensent des soins d'urgence, les hôpitaux, les établissements qui dispensent des soins complexes de longue durée, les hôpitaux de réadaptation, les foyers de soins de longue durée, les établissements de santé mentale, les cliniques externes, les centres et les cliniques de santé communautaires, les cabinets de médecins, de dentistes et d'autres professionnels de la santé, les centres de santé publique et les soins à domicile.

Fournisseur de soins de santé : Toute personne offrant des soins à un patient. Il peut s'agir, sans s'y limiter, des personnes suivantes : travailleurs des services d'urgence, médecins, dentistes, infirmières, sages-femmes, thérapeutes respiratoires et autres professionnels de la santé, préposés aux services de soutien à la personne, enseignants cliniques, étudiantes et étudiants et travailleurs de soins de santé à domicile. Dans certains milieux, des bénévoles pourraient fournir des soins et seraient considérés comme des fournisseurs de soins de santé. Pour les besoins du présent document, les parents de nouveau-nés ne sont pas inclus parmi les fournisseurs de soins de santé. Voir la définition de « personnel », ci-après.

Grappe : Groupement de cas de maladie pendant une période donnée dans une région précise, laissant supposer l'existence d'une association possible entre les cas eu égard à la transmission.

Hygiène des mains : Terme général faisant référence à tout ce qui touche le nettoyage des mains. L'hygiène des mains consiste à éliminer la saleté visible et à éliminer ou supprimer les micro-organismes transitoires se trouvant sur les mains. Elle comprend l'utilisation de savon et d'eau courante ou d'un désinfectant pour les mains à base d'alcool. L'hygiène des mains comprend l'antisepsie chirurgicale des mains.

Infection associée aux soins de santé (IASS) : Infection contractée pendant la prestation de soins de santé (également appelée « infection nosocomiale »).

Infection liée à un cathéter central (ILCC) : Définition utilisée dans le contexte de la surveillance et faisant référence à une infection sanguine primaire détectée chez un patient ayant eu un cathéter intravasculaire central dans les 48 heures précédant le développement de l'infection sanguine et n'étant aucunement liée à une infection à un autre site.

Infection sanguine associée à un cathéter (ISAC) : Définition clinique qui, utilisée dans le contexte du diagnostic et du traitement, exige l'exécution d'analyses de laboratoire plus poussées qui identifie le cathéter comme étant la source de l'infection sanguine. On n'utilise habituellement pas cette définition dans le contexte de la surveillance.

Lait maternel de donneuses : Lait provenant d'une donneuse autre que la mère du nourrisson. Le lait humain pasteurisé (LHP) obtenu d'une banque de lait agréée constitue la seule forme convenable de lait maternel de donneuses. La banque de lait canadienne suit les lignes directrices de la Human Milk Bank Association of North America (HMBANA). Le lait maternel est extrait d'un maximum de quatre femmes en lactation qui ont satisfait à des critères rigoureux de dépistage qui comprend un aiguillage médical, un examen physique et le prélèvement de sang à des fins de détection du VIH, du HTLV, de l'hépatite B, de l'hépatite C et de la syphilis.

Lavage des mains : Élimination physique de micro-organismes se trouvant sur les mains avec du savon (ordinaire ou antimicrobien) et de l'eau courante.

Personnel : Toute personne qui exerce des activités dans des établissements où des soins de santé sont prodigués, y compris les fournisseurs de soins de santé. Voir également *Fournisseurs de soins de santé*.

Pratiques de base : Système de pratiques de prévention et de contrôle des infections qui doit s'appliquer à tous les patients chaque fois qu'on leur prodigue des soins afin de prévenir et limiter la transmission des micro-organismes dans tous les établissements de soins de santé. Surveillance des résultats : Pour obtenir une description complète des pratiques de base, consulter le document du CCPMI intitulé *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé* [disponible à l'adresse suivante :

http://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/RPAP_All_HealthCare_Settings_2012_FR.pdf

Précautions supplémentaires (PS) : Il faut prendre des précautions supplémentaires (c.-à-d., précautions contre les contacts, les gouttelettes et la transmission par voie aérienne) en plus des pratiques de base afin de se protéger contre certains pathogènes ou certaines présentations cliniques. Ces précautions sont fondées sur la méthode de transmission (p. ex., contact, gouttelettes, voie aérienne).

Prévention et contrôle des infections (PCI) : Pratiques et méthodes fondées sur des éléments probants qui, lorsqu'elles sont appliquées uniformément dans les milieux de soins de santé, peuvent prévenir ou réduire le risque de transmission de micro-organismes aux fournisseurs de soins, aux nouveau-nés et autres patients, ainsi qu'aux visiteurs.

Respirateur N95 : Dispositif de protection individuelle porté sur le visage, qui couvre le nez et la bouche afin de réduire les risques d'inhalation de particules en suspension dans l'air par la personne qui le porte. Un respirateur N95 homologué par le NIOSH filtre les particules de la taille d'un micron, présente une efficacité de filtration de 95 % et offre une étanchéité faciale laissant pénétrer moins de 10 % de contaminants.

Santé et sécurité au travail (SST) : Services de santé préventifs et thérapeutiques en milieu de travail fournis par des professionnels de la santé au travail compétents, tels que des infirmières, des hygiénistes et des médecins.

Santé publique Ontario (SPO) : Créé le 14 juin 2011, Santé publique Ontario est le nom sous lequel fonctionne l'AOPPS.

Soins directs : Fourniture de soins à la personne (p. ex., bain, hygiène personnelle, changement de position du client/patient/résident, changement des vêtements, soins pour incontinence, renouvellement des pansements, soin des plaies/lésions, toilette).

Substances organiques : Sang, liquides (dont le lait maternel), sécrétions, excréments, écoulement de plaie, tissus et autres.

Transmission verticale : Transmission d'une infection de la mère à l'enfant durant la grossesse ou l'accouchement.

Unité néonatale de soins intensifs (UNSI) : Unité d'un hôpital spécialisée dans les soins aux nouveau-nés malades ou prématurés.

Préambule

Ce document est destiné aux professionnels qui offrent des soins périnataux à tous les paliers (soins primaires, secondaires et tertiaires), y compris les médecins (néonatalogistes, obstétriciens, médecins de famille, pédiatres), le personnel infirmier (en soins obstétricaux, néonataux et pédiatriques, et en santé publique), les sages-femmes; les conseillères en allaitement, ainsi que les professionnels en contrôle des infections.

À propos du présent document

Le but de ce document est d'émettre des recommandations en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI) en périnatalogie. Fondées sur des données probantes, ces recommandations touchent entre autres :

- les principes associés aux pratiques de base et précautions supplémentaires
- les maladies infectieuses d'importance chez les mères et les nouveau-nés
- l'achat, la préparation, la conservation et la manipulation du lait maternel et des préparations pour nourrissons
- la prévention des infections associées aux cathéters intravasculaires
- la gestion des éclosions
- des exemples de politiques et de procédures pour les milieux de soins périnataux.

Fondement des recommandations

Les pratiques exemplaires énoncées dans le présent document reflètent les indications et les opinions d'experts les plus probantes au moment de leur rédaction. Elles seront examinées et mises à jour à mesure que des renseignements nouveaux seront disponibles.

- Consulter l'Annexe A, [*Système de classement des recommandations*](#), pour connaître le système de priorisation de ces recommandations.

Comment et quand utiliser le présent document

Ce document traite des pratiques exemplaires de prévention et de contrôle des infections dans les domaines des soins périnataux et de la néonatalogie. Il ne doit pas remplacer les autres documents traitant de pratiques exemplaires fournis par le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI), mais doit plutôt être utilisé comme complément à ces documents.

AUX FINS DES RECOMMANDATIONS ÉNONCÉES DANS CE DOCUMENT :

Le terme « **doit** » indique une exigence obligatoire fondée sur la législation ou les normes nationales (p. ex., Association canadienne de normalisation [CSA]), ou une pratique exemplaire, c.-à-d. la norme minimale basée sur les recommandations courantes de la documentation médicale;

Le terme « **devrait** » indique une recommandation ou une action qui est conseillée, mais non obligatoire;

Le terme « **pourrait** » ou « **peut** » se rapporte à un conseil ou à une possibilité.

Hypothèses et pratiques exemplaires en matière de prévention et de contrôle des infections

Les pratiques exemplaires énoncées dans le présent document reposent sur l'hypothèse selon laquelle les établissements de soins de santé de l'Ontario se sont déjà dotés de systèmes de base de prévention et de contrôle des infections, comme ceux que met de l'avant le document suivant :

- *Pratiques exemplaires pour les programmes de prévention et de contrôle des infections en Ontario*¹ du CCPMI, disponible à l'adresse suivante :

http://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/BP_IPAC_in_Ontario_2012_FR.pdf.

Les lieux de soins devraient s'associer à des organisations ayant une expertise en prévention et contrôle des infections, comme des centres universitaires de sciences de la santé, des Réseaux régionaux de contrôle des infections (RRCI), des bureaux de santé ayant du personnel professionnel certifié en prévention et contrôle des infections, et des associations locales de prévention et de contrôle des infections (p. ex., sections canadiennes de l'Association pour la prévention des infections à l'hôpital et dans la communauté), pour mettre sur pied des programmes fondés sur des données probantes.

Outre l'hypothèse générale énoncée ci-dessus à l'égard des mesures de base de prévention et de contrôle des infections, les pratiques exemplaires reposent sur les hypothèses et les principes suivants :

1. Les lieux de soins mettent couramment en œuvre des pratiques exemplaires visant à prévenir et à limiter la propagation des maladies infectieuses, y compris :
 - a) *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé*,² du CCPMI, disponible à l'adresse suivante :
http://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/RPAP_All_HealthCare_Settings_2012_FR.pdf.
 - b) *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé*, Santé Canada (Relevé des maladies transmissibles au Canada 1999, 25, suppl. 4, p. 1-142) [en révision],³ disponible à l'adresse suivante : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/99vol25/25s4/index.html>.
2. Des ressources adéquates sont consacrées à la prévention et au contrôle des infections dans tous les établissements de soins de santé. Consulter *Pratiques exemplaires pour les programmes de prévention et de contrôle des infections en Ontario* du CCPMI,¹ disponible à l'adresse suivante :
http://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/BP_IPAC_in_Ontario_2012_FR.pdf.
3. Des programmes axés sur la promotion d'une bonne hygiène des mains et assurant le respect des normes à ce chapitre sont en place dans tous les établissements de soins de santé. Consulter :
 - a) *Pratiques exemplaires d'hygiène des mains pour tous les lieux de soins*,⁴ du CCPMI, disponible à l'adresse suivante : <http://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/2010-12%20BP%20Hand%20Hygiene%20-%20FR.pdf>.
 - b) Le programme d'amélioration de l'hygiène des mains *Lavez-vous les mains* de l'Ontario,⁵ disponible à l'adresse suivante :
http://www.publichealthontario.ca/fr/BrowseByTopic/InfectiousDiseases/PIDAC/Pages/Best_Practices_Hand_Hygiene.aspx.
4. Des programmes sont en place dans tous les établissements de soins de santé pour assurer la désinfection et la stérilisation efficaces du matériel médical usagé conformément aux *Pratiques exemplaires pour le nettoyage, la désinfection et la stérilisation du matériel médical dans tous les lieux de soins*,⁶ du CCPMI, disponible sur Internet à l'adresse suivante :
http://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/PIDAC_Cleaning_Disinfection_and_Sterilization_2013_FR.pdf.

5. Des ressources matérielles et humaines suffisantes sont affectées aux services environnementaux et à l'entretien dans tous les lieux de soins pour permettre : l'adoption de procédures écrites pour le nettoyage et la désinfection des chambres des patients et du matériel; la formation du nouveau personnel d'entretien et la formation continue de l'ensemble du personnel d'entretien; une meilleure capacité de gestion des éclosions; et l'examen régulier des procédures en place. Consulter les *Pratiques exemplaires en matière de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et de la lutte contre les infections dans tous les établissements de soins de santé*,⁷ du CCPMI, disponible à l'adresse suivante : http://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/Best_Practices_Environmental_Cleaning_2012_FR.pdf.
6. Les lieux de soins offrent régulièrement de la formation (notamment de l'orientation et de la formation continue) et du soutien pour aider le personnel à mettre en œuvre uniformément les pratiques appropriées de prévention et de contrôle des infections. Les programmes de formation efficaces mettent l'accent sur :
 - les risques liés aux maladies infectieuses, notamment l'infection respiratoire aiguë et la gastro-entérite;
 - l'hygiène des mains y compris l'utilisation de désinfectants pour les mains à base d'alcool ou le lavage des mains;
 - les principes et les éléments des pratiques de base ainsi que des précautions supplémentaires visant à prévenir la transmission des infections);
 - l'évaluation du risque de transmission de l'infection et l'utilisation appropriée de l'équipement de protection individuelle (ÉPI), y compris son application, son retrait et son élimination sécuritaires;
 - la désinfection et le nettoyage approprié du matériel, des fournitures et des surfaces servant aux soins ou des articles utilisés dans l'environnement de soins;
 - la responsabilité de chaque membre du personnel d'assurer sa propre sécurité, et celle des patients et de ses collègues;
 - la collaboration entre les professionnels des secteurs de la prévention et du contrôle des infections (PCI) et de la santé et sécurité au travail (SST).

REMARQUE : Les programmes de formation doivent être suffisamment souples pour répondre aux divers besoins de la multitude de fournisseurs de soins de santé et des autres membres du personnel qui travaillent dans le secteur de la santé. Le bureau de santé local et les réseaux régionaux de contrôle des infections peuvent servir de ressources et contribuer à l'élaboration et à l'exécution de programmes de formation à l'intention des milieux communautaires.

7. La collaboration entre les spécialistes de la santé et de la sécurité au travail et ceux de la prévention et du contrôle des infections est encouragée dans tous les lieux de soins en vue de mettre en œuvre et d'appliquer des normes appropriées de PCI qui protègent les travailleurs.
8. Des relations de travail efficaces sont établies entre les milieux de soins de santé et les services de santé publique locaux. Les milieux de soins maintiennent des lignes de communication claires, communiquent avec les services de santé publique pour obtenir des renseignements et des conseils au besoin et s'acquittent de leurs obligations (en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, L.R.O. 1990, chap .H.7)⁸, qui consistent à déclarer les maladies à déclaration obligatoire et les maladies transmissibles. Le système de santé publique fournit périodiquement à tous les milieux de soins de santé des rapports sommaires sur les éclosions de maladies à déclaration obligatoire dans les établissements ou au sein de la collectivité.
9. Les lieux de soins ont un accès continu à des conseils et à de l'orientation sur la prévention et le contrôle des infections, dans le but de soutenir le personnel et de résoudre les différends.
10. Des procédures en vue de recevoir tous les avis médicaux internationaux, nationaux, régionaux et locaux, et d'y réagir, sont en place dans tous les milieux de soins de santé. Les alertes sont

communiquées rapidement à tous les membres du personnel touchés (c'est-à-dire personnes chargées du retraitement du matériel et des appareils médicaux) et des mises à jour périodiques sont fournies. Les alertes courantes peuvent être obtenues du bureau de santé publique local, du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD), de Santé Canada, de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et des réseaux régionaux de contrôle des infections.

11. Le cas échéant, il existe un processus pour évaluer l'équipement de protection individuelle (ÉPI) dans les milieux de soins de santé afin de veiller à ce qu'il réponde aux normes de qualité.
12. Tous les lieux de soins évaluent périodiquement l'efficacité de leurs programmes de formation sur la prévention et le contrôle des infections, ainsi que leurs répercussions sur les pratiques. Les données recueillies sont utilisées pour peaufiner les programmes.¹

Les exigences relatives à la santé et à la sécurité au travail doivent être respectées :

Les établissements de soins de santé doivent se conformer aux dispositions applicables de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail* (LSST), L.R.O. 1990, chap. O.1, et aux règlements pris en application de celle-ci. Cette loi confère des droits et impose des obligations aux employeurs, aux superviseurs et aux travailleurs. Vous trouverez les exigences spécifiques de la LSST et des règlements pris en application de celle-ci aux adresses suivantes :

- <http://www.e-laws.gov.on.ca/index.html>
- http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_90o01_f.htm.

La *Loi sur la santé et la sécurité au travail* impose des devoirs à de nombreuses catégories de personnes associées aux milieux de travail, comme les employeurs, les constructeurs, les superviseurs, les propriétaires, les fournisseurs de matériel, les titulaires de permis, les dirigeants de personnes morales et les travailleurs. Vous trouverez un guide sur les exigences de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail* à l'adresse suivante :

<http://www.labour.gov.on.ca/french/hs/pubs/ohsa/index.php>.

Aux termes de l'alinéa 25 (2) h) de la LSST (disposition de « devoir général de diligence ») l'employeur est tenu de prendre toutes les précautions raisonnables dans les circonstances pour assurer la protection du travailleur.

Des exigences particulières visant certains établissements de soins de santé et résidentiels sont énoncées dans le *Règlement sur les établissements d'hébergement et de soins de santé*, accessible à l'adresse : http://www.e-laws.gov.on.ca/html/regs/french/elaws_regs_930067_f.htm. Ce règlement établit une variété d'exigences, dont :

- L'obligation pour l'employeur de mettre en œuvre des mesures et des procédures écrites visant à protéger la santé et la sécurité des travailleurs, en consultation avec le comité mixte sur la santé et la sécurité ou le délégué à la santé et à la sécurité, le cas échéant. Ces mesures et procédures peuvent traiter notamment des questions suivantes :
 - pratiques de travail sécuritaires
 - conditions de travail sécuritaires
 - pratiques d'hygiène adéquates et utilisation d'installations d'hygiène
 - contrôle des infections
 - immunisation et inoculation contre les maladies Infectieuses.
- Au moins une fois par année, l'obligation de passer en revue les mesures et méthodes relatives à la santé et à la sécurité des travailleurs à la lumière des connaissances et pratiques courantes.
- L'obligation pour l'employeur d'élaborer, de mettre sur pied et de proposer des programmes de formation et de sensibilisation relatifs aux mesures et procédures en matière de santé et de sécurité à l'intention des travailleurs qui soient adaptés à leur

tâche, en consultation avec le comité mixte sur la santé et la sécurité ou le délégué à la santé et à la sécurité, le cas échéant.

- Le travailleur qui est tenu par son employeur ou en vertu du *Règlement sur les établissements d'hébergement et de soins de santé* de porter ou d'utiliser un vêtement, un dispositif ou un appareil de protection reçoit une formation sur son entretien, son utilisation et ses limites avant de le porter ou de l'utiliser pour la première fois, et à intervalles réguliers par la suite, et il participe à cette formation.
 - L'employeur doit démontrer qu'il a dispensé une telle formation, et devrait donc prendre note du nom des travailleurs qui l'ont suivie, des dates de la formation et de l'information et de la matière abordée.
 - Aux termes de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*, les travailleurs doivent exercer leur activité professionnelle dans le respect de la Loi et de ses règlements d'application et utiliser ou porter le matériel, les appareils ou les vêtements de protection que l'employeur exige.
 - Le Règlement de l'Ontario 474/07 sur la sécurité des aiguilles énonce les exigences entourant l'utilisation d'aiguilles creuses, qui sont conçues pour assurer la sécurité. Le règlement est disponible à l'adresse suivante : http://www.e-laws.gov.on.ca/html/regs/french/elaws_regs_070474_f.htm.
- Vous trouverez des renseignements additionnels à la page sur la santé et les soins communautaires du ministère du Travail, à l'adresse : <http://www.labour.gov.on.ca/french/hs/topics/healthcare.php>.

I. Pratiques exemplaires de prévention et de contrôle des infections en périnatalogie

TERMES UTILISÉS DANS CE DOCUMENT (voir le glossaire pour des détails et des exemples)

Fournisseur de soins : toute personne prodiguant des soins à un patient.

Personnel : Toute personne accomplissant des activités dans un milieu de soins (comprend les fournisseurs de soins).

1. Contexte

Dans le secteur de la prévention des infections obstétricales, le défi consiste à réduire les risques d'infections associées aux soins de santé (IASS) tout en encourageant la prestation de soins de maternité centrés sur la famille. Les mères et les nouveau-nés courent habituellement un faible risque d'IASS, à moins que le bébé ne soit né prématurément ou ait d'autres complications ou pathologies. Les nouveau-nés hospitalisés à l'unité néonatale de soins intensifs (UNSI) courent un risque d'IASS en raison de leur manque de stabilité physiologique et leur exposition à des dispositifs invasifs et à des antibiotiques à large spectre. De plus, ce groupe de nouveau-nés présente des facteurs de risque de l'hôte particuliers, qui le rend particulièrement vulnérable aux IASS et susceptible de développer une réaction plus grave à ces infections.

Parmi les facteurs de risque d'infection de l'hôte propres aux nouveau-nés figurent⁹ :

- insuffisance pondérale¹⁰
- soins actifs que requiert la maladie sous-jacente
- système immunitaire peu développé
- peau perméable

Également connue sous le nom de transmission de la mère à l'enfant, la **transmission verticale** fait référence à la transmission d'une infection de la mère à l'enfant durant la grossesse ou l'accouchement.

Infections congénitales

Une infection congénitale est une infection que le nouveau-né développe dans l'utérus et qui est présente à la naissance. Les infections congénitales peuvent ne pas être cliniquement apparentes à la naissance. L'adoption de pratiques universelles de dépistage prénatal et de mesures de gestion appropriées a réduit de beaucoup l'incidence des infections congénitales en Ontario.

Infections transmises durant l'accouchement

Durant l'accouchement, des micro-organismes peuvent coloniser ou infecter les nouveau-nés. Les micro-organismes présents dans la filière génitale de la mère peuvent causer une infection chez le nouveau-né selon la pathogénécité du micro-organisme et la susceptibilité du nouveau-né.

Infections du postpartum et infections associées aux soins de santé (IASS)

Les infections du postpartum et les IASS se développent après la naissance. La colonisation des muqueuses et de la peau des nouveau-nés survient rapidement après la naissance. Chez les nouveau-nés en santé, la majorité des micro-organismes colonisateurs proviennent de la mère et d'autres

membres de la famille. Cependant, les nouveau-nés hospitalisés dans une UNSI sont susceptibles d'être colonisés par des micro-organismes endémiques déjà présents dans l'UNSI ou obtenus par contact avec des fournisseurs de soins de santé.

Parmi les facteurs de risque de développement d'une IASS figurent :

- exposition à des dispositifs invasifs^{11, 12}
- exposition à des antibiotiques à large spectre¹¹
- surpeuplement^{13, 14}
- faible niveau de dotation en personnel¹³

L'administration de lait maternel obtenu de la mère ou de donneuses peut entraîner la transmission d'agents présents dans le lait maternel ou sur la peau de la mère ou de la donneuse. S'il est impossible de donner au nouveau-né le lait de sa mère, du lait humain pasteurisé (LHP) obtenu d'une banque de lait agréée est le seul lait maternel de donneuses que l'on puisse donner à l'enfant. Les pratiques de dépistage auxquelles sont soumises les donneuses, et la pasteurisation du lait exprimé, rend l'administration de lait maternel de donneuse relativement sûr, même chez des nouveau-nés en phase critique.^{15, 16} Consulter le Tableau 1 pour obtenir des exemples d'infections courantes ou importantes (ou les deux) pouvant se développer chez les nouveau-nés.

Le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI) a élaboré une variété de documents de pratiques exemplaires de prévention et de contrôle des infections (*voir l'encadré ci-après*) qui portent sur différents éléments des pratiques de prévention et de contrôle des infections en milieu de santé. Ce document n'a pas pour objectif de remplacer ces pratiques exemplaires, mais bien d'offrir une ressource additionnelle d'information visant la clientèle des milieux de soins périnataux.

LISTE DES PRATIQUES EXEMPLAIRES EN PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS DU CCPMI

Vous pouvez vous procurer les pratiques exemplaires suivantes de prévention et de contrôle des infections dans tous les milieux de soins sur le site Web de Santé publique Ontario, à l'adresse : <http://www.publichealthontario.ca/fr/BrowseByTopic/InfectiousDiseases/PIDAC/pages/documents-CCPMI.aspx> :

- ❖ Pratiques de base et précautions supplémentaires
 - Annexe A : organismes antibiorésistants
 - Annexe B : Infections aiguës des voies respiratoires
 - Annexe C : Clostridium difficile
- ❖ Hygiène des mains
- ❖ Programmes de prévention et de contrôle des infections en Ontario
- ❖ Nettoyage de l'environnement
- ❖ Nettoyage, désinfection et stérilisation
- ❖ Surveillance des infections associées aux soins de santé
- ❖ Infections transmissibles sexuellement – gestion des cas et localisation des contacts

Tableau 1 : Infections courantes ou importantes (ou les deux) que développent les nouveau-nés

Agent	Infections congénitales	Infections transmises durant l'accouchement	Infections associées aux soins de santé
BACTÉRIE			
<i>Chlamydia trachomatis</i>		✓	
Entérobactériacées (p. ex., <i>E. coli</i> , <i>Klebsiella</i> spp.)		✓	✓
<i>Listeria monocytogenes</i>	✓	✓	✓
Organismes antibiorésistants (p. ex., SARM, ERV, BLSE)		✓	✓
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>		✓	
<i>Pseudomonas</i>			✓
Streptocoque du groupe B (SGB)		✓	
<i>Treponema pallidum</i> (syphilis) mal traitée	✓	✓	
VIRUS			
Cytomégalovirus (CMV)	✓		✓
Entérovirus	✓	✓	✓
Parvovirus B19	✓		
Rubéole	✓		
Varicelle-zona	✓	✓	✓
Virus de l'hépatite B (VHB)		✓	
Virus de l'hépatite C (VHC)		✓	
Virus de l'herpès simple (VHS))	✓	✓	✓
Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	✓	✓	
Virus entériques (p. ex., rotavirus, norovirus)			✓
Virus respiratoires, surtout le VRS			✓
CHAMPIGNONS			
<i>Candida</i>	✓	✓	✓
<i>Malassezia</i>			✓
PROTOZOAIRES			
<i>Toxoplasma gondii</i>	✓		

2. Pratiques de base en périnatalogie

Les pratiques de base reposent sur le principe selon lequel tous les patients sont *potentiellement* infectieux, même s'ils sont asymptomatiques, et selon lequel les mêmes normes sécuritaires de pratique doivent **toujours** être observées auprès de **tous** les patients en vue d'empêcher toute exposition au sang, à d'autres liquides organiques, aux sécrétions, aux excréments, aux muqueuses, à la peau endommagée ou aux articles souillés et de prévenir la propagation de micro-organismes.

Les pratiques de base font référence aux pratiques de prévention et de contrôle des infections à utiliser auprès de tous les patients chaque fois qu'on leur prodigue des soins, afin de prévenir et contrôler la transmission des micro-organismes dans tous les milieux de soins de santé.

Les éléments fondamentaux des pratiques de base sont les suivants :

- Évaluation des risques
- Hygiène des mains
- Contrôles environnementaux
- Mesures administratives
- Équipement de protection individuelle (ÉPI).

A. Évaluation des risques et dépistage

La première étape de l'utilisation efficace des pratiques de base consiste à évaluer les risques.² En périnatalogie, l'évaluation des risques doit porter sur la mère et le nouveau-né, ainsi que les fournisseurs de soins primaires et autres personnes qui entretiennent des contacts étroits avec le nouveau-né. Il existe trois types d'évaluation des risques en périnatalogie :

1. Interventions et mesures préventives ayant lieu avant la naissance (voir *Infections périnatales*)
2. Protocoles de dépistage des maladies infectieuses (voir *Infections périnatales*)
3. évaluation des risques au point de services de façon à orienter l'utilisation de l'équipement de protection individuelle et le placement du patient.

Une évaluation des risques au point de services est effectuée **avant toute interaction** avec la mère ou le nouveau-né, tout au long du continuum de soins (soins prénatals, soins à la naissance, soins postnatals et soins au nouveau-né). Le risque d'infection est évalué en fonction des symptômes d'infection¹⁷ de façon à déterminer les interventions ou mesures d'évitement nécessaires pour minimiser les risques et prévenir la transmission de l'infection au moment de l'interaction. Une évaluation des risques est effectuée avant chaque interaction étant donné que le statut de la mère et celui du nouveau-né peuvent changer. Consulter la [Figure 1](#) pour connaître les questions à poser dans le cadre de l'évaluation des risques au point de services.

Une évaluation des risques au point de services doit être effectuée avant toute interaction avec la mère ou le nouveau-né, tout au long du continuum de soins.

Selon les résultats de l'évaluation des risques, des mesures peuvent être prises ou des barrières érigées pour réduire les risques d'infection. Il est toujours nécessaire de conserver une bonne hygiène des mains au cours des quatre moments importants de l'hygiène des mains, mais l'évaluation des risques pourrait démontrer l'importance d'ériger des barrières supplémentaires. Par exemple :

- exposition des mains → PORTER DES GANTS
- exposition des vêtements ou avant-bras → PORTER UNE BLOUSE
- exposition aux muqueuses des yeux, du nez ou de la bouche → PORTER UN MASQUE ET UN DISPOSITIF DE PROTECTION OCULAIRE
- exposition à du matériel ou des surfaces contaminées → PORTER DES GANTS et peut-être UNE BLOUSE

POUR CHAQUE INTERACTION AVEC CHAQUE MÈRE / NOUVEAU-NÉ :

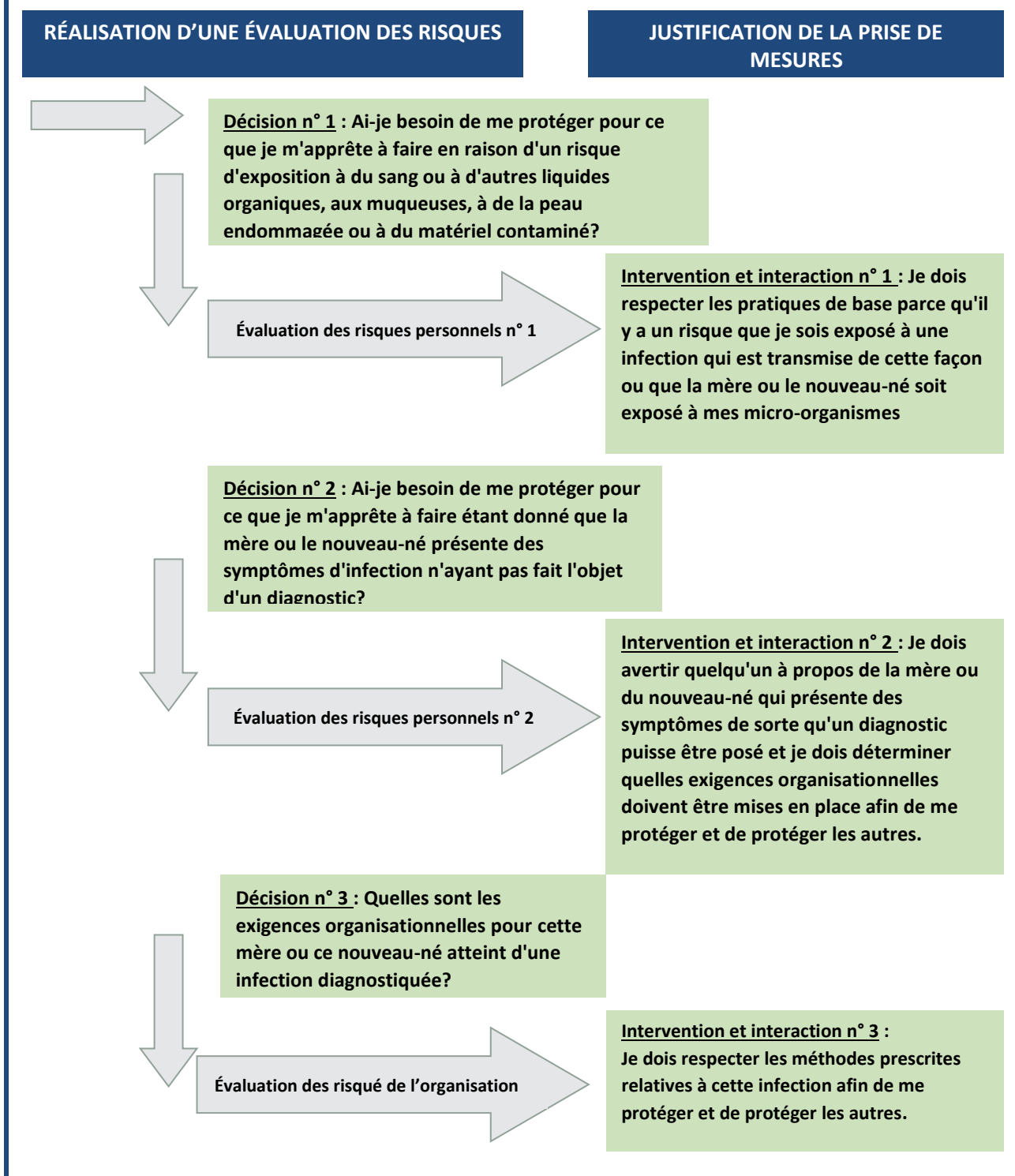


Figure 1 : Évaluation des risques au point de services

Si l'évaluation des risques permet de détecter un risque de transmission d'infections, il faut mettre en place des mesures appropriées et utiliser l'ÉPI approprié afin de protéger le fournisseur de soins de santé, d'autres membres du personnel et les mères, nouveau-nés et visiteurs.

- Pour en savoir davantage sur l'exécution d'une évaluation des risques au point de services, consulter le document du CCPMI intitulé *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de santé*,² disponible à l'adresse suivante : http://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/RPAP_All_HealthCare_Settings_2012_FR.pdf

Les fournisseurs de soins de santé doivent évaluer leur risque d'exposition à des substances organiques comme :

- du sang
- des liquides organiques, y compris le lait maternel
- des sécrétions, y compris les sécrétions vaginales
- des excréments, y compris le méconium

puis déterminer les stratégies qui atténueront ce risque et préviendront la transmission de micro-organismes.

B. HYGIÈNE DES MAINS

L'hygiène des mains consiste à enlever la saleté visible et à déloger ou tuer les micro-organismes transitoires qui se trouvent sur les mains sans porter atteinte à l'intégrité de la peau. L'hygiène des mains est la mesure de prévention et de contrôle des infections la plus importante et la plus efficace pour empêcher la propagation des infections associées aux soins de santé. Dans les unités néonatales de soins intensifs (UNSI), il a été démontré que le respect accru des pratiques d'hygiène des mains réduit les taux d'infection.¹⁸⁻²¹

Chaque milieu de soins de santé devrait adopter un programme d'hygiène des mains qui inclut un accès facile à un désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA) au point de services à des lavabos réservés au lavage des mains là où des soins sont dispensés aux patients, un programme de soins des mains et un programme de surveillance du degré de respect des pratiques d'hygiène des mains qui prévoit une rétroaction avec le personnel et la direction.⁴

- Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur le programme d'hygiène des mains fondé sur des données probantes de l'Ontario, consulter le site Web du programme d'hygiène des mains fondé sur des données probantes *Lavez-vous les mains* du MSSLD pour les hôpitaux,⁵ à l'adresse suivante : <http://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/2010-12%20BP%20Hand%20Hygiene%20-%20FR.pdf>.

Pour permettre aux fournisseurs de soins de santé de se nettoyer les mains au bon moment, *il faudrait avoir* au point de services du désinfectant pour les mains à base d'alcool.²² Il doit y avoir aussi des éviers adéquats, avec savon et eau pour se laver les mains. Le désinfectant pour les mains à base d'alcool est la méthode de décontamination des mains en situation clinique *privilégiée* lorsque les mains ne sont pas visiblement souillées,⁴ parce qu'il permet de tuer rapidement la plupart des micro-organismes transitoires, qu'il prend moins de temps que le lavage des mains avec du savon et de l'eau, et qu'il abîme moins les mains.²³⁻²⁷ Lorsque les mains sont visiblement souillées, il faut les laver à l'eau courante et au savon.⁴

L'hygiène des mains est la mesure de prévention et de contrôle des infections la plus importante et la plus efficace pour empêcher la propagation des infections associées aux soins de santé.

L'**hygiène efficace des mains** exige de tenir compte des quatre moments importants de l'hygiène des mains dont fait état de programme ontarien *Lavez-vous les mains* :

1. AVANT le premier contact avec un patient ou son environnement
2. AVANT les interventions aseptiques
3. APRÈS un risque de contact avec du liquide organique
4. APRÈS un contact avec un patient ou son environnement

Hygiène des mains dans l'Unité néonatale de soins intensifs (UNSI)

À des fins d'hygiène des mains, il existe trois environnements distincts au sein d'une UNSI (voir la [Figure 2](#)) :

1. **Environnement du nouveau-né** : l'intérieur de l'incubateur et du réchauffeur, y compris le nouveau-né
2. **Environnement de soins immédiat** : l'extérieur immédiat de l'incubateur et du réchauffeur, y compris le matériel servant aux soins du nouveau-né (p. ex., moniteurs, ventilateurs, fournitures)
3. **Environnement de l'UNSI** : Le reste de l'UNSI (p. ex., poste infirmier, corridors, aires de repos, entrepôts, salles de préparation, locaux d'entretien).

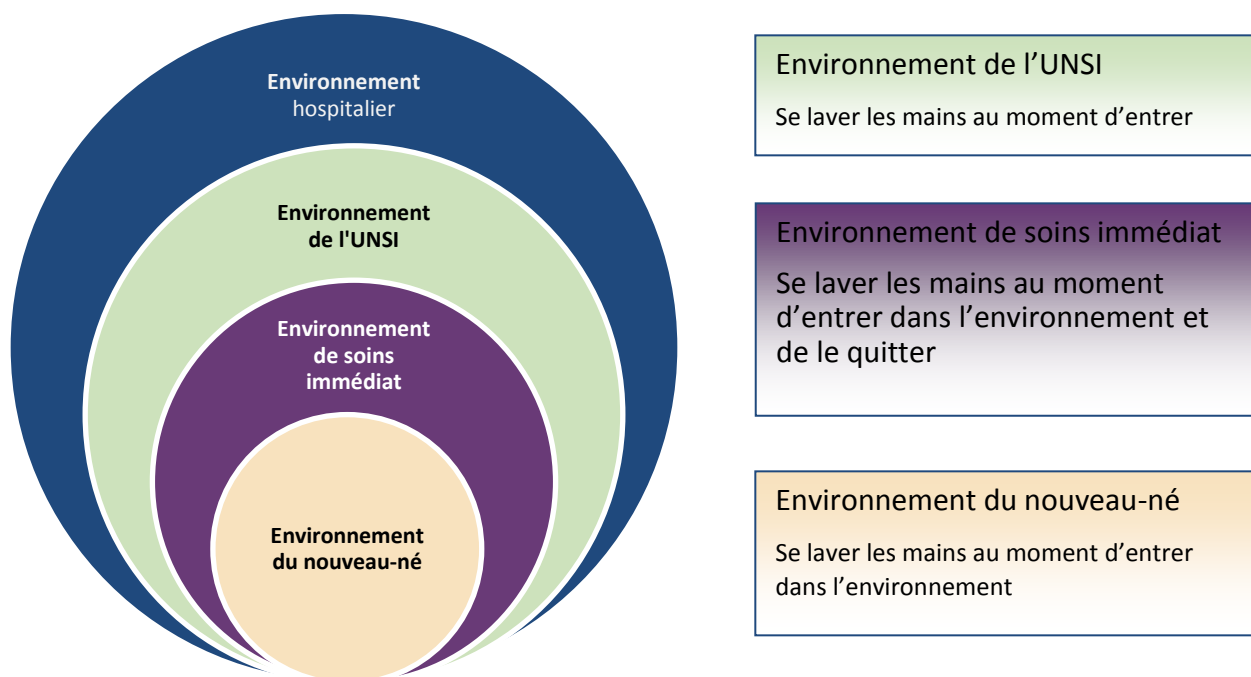


Figure 2 : Environnement de l'UNSI et adaptation des moments importants de l'hygiène des mains.

Pour être efficace, l'hygiène des mains dans l'UNSI nécessite l'ajout d'un moment important d'hygiène des mains additionnel chaque fois que l'on entre dans l'incubateur ou le réchauffeur où se trouve le nouveau-né.

Aux fins des quatre moments importants de l'hygiène des mains, l'environnement de soins immédiat et l'environnement du nouveau-né peuvent être considérés comme étant distincts (voir la [Figure 2](#)), ce qui présente une **occasion de plus** de mettre en pratique les mesures d'hygiène des mains. Dans l'UNSI, les mesures d'hygiène des mains seraient donc mises en pratique :

1. A AVANT tout contact avec l'environnement de soins immédiat
1. B AVANT tout contact avec l'environnement du nouveau-né
2. AVANT une intervention aseptique
3. APRÈS un risque de contact avec du liquide organique
4. APRÈS tout contact avec l'environnement de soins immédiat

Bijoux

Les bijoux sont très difficiles à nettoyer et gardent les bactéries et virus à l'abri du produit utilisé pour l'hygiène des mains.²⁸⁻³³ Les bagues augmentent le nombre de micro-organismes présents sur les mains^{28, 29, 32, 34-36}, bien que ce phénomène n'ait pas été associé à une hausse du nombre d'infections.^{37, 38} Les bagues peuvent augmenter le risque de déchirement des gants.³⁹

Il est recommandé aux personnes qui sont en contact direct avec les mères et les nouveau-nés de ne pas porter de bagues ou de bracelets. Si la politique du milieu de soins permet aux fournisseurs de soins de porter des bijoux à la main ou sur les avant-bras, seules les alliances lisses sans élément en saillie ni pierre sertie^{29, 40} ou une montre (ou les deux) peuvent être portées.

Les personnes qui prodiguent des soins directs à un patient dans une UNSI devraient avoir les avant-bras nus, c'est-à-dire qu'elles ne doivent pas porter de bracelets, de bagues ou de montre.

Facteurs qui nuisent à une hygiène des mains efficace :

- bijoux
- état des ongles
- vernis à ongles
- ongles artificiels

Les personnes qui prodiguent des soins directs à un patient dans une UNSI devraient avoir les avant-bras nus.

Ongles, vernis à ongles et ongles artificiels

Les ongles longs sont difficiles à nettoyer, peuvent percer les gants⁴¹ et abritent plus de micro-organismes que les ongles courts.⁴² Les ongles naturels devraient donc être propres et courts.²⁴ L'ongle ne doit pas dépasser le bout du doigt.⁴³

Des études ont démontré que le vernis à ongles écaillé ou porté pendant plus de quatre jours peut abriter des micro-organismes que le lavage des mains ne parvient pas à déloger, même au moyen d'un désinfectant chirurgical pour les mains à base d'alcool.^{44, 45} Par contre, le vernis à ongles fraîchement appliqué ne cause pas une multiplication des bactéries autour des ongles. Quand on porte du vernis, il faut donc s'assurer qu'il est frais et en bon état.

Les ongles en acrylique abritent des micro-organismes et sont plus difficiles à nettoyer que les ongles naturels.⁴⁶ On a établi que des ongles artificiels et prothèses plastifiées ont permis le transfert de micro-organismes tels que les *Pseudomonas*,^{42, 47} le *Klebsiella pneumoniae*⁴⁸ de même que des levures⁴⁹; et qu'ils ont provoqué des éclosions, notamment dans des pouponnières.^{42, 48} Le port de tels ongles est également associé à de mauvaises pratiques d'hygiène des mains et accroît les cas de déchirements de gants.⁵⁰ Pour ces raisons, quiconque est en contact direct avec des mères et des nouveau-nés ne doit pas porter d'ongles artificiels ni de prothèses plastifiées.

Quiconque est en contact direct avec des mères et des nouveau-nés ne doit pas porter d'ongles artificiels ni de prothèses plastifiées.

- Pour obtenir des renseignements additionnels sur l'hygiène des mains, consulter le document du CCPMI intitulé *Pratiques exemplaires d'hygiène des mains pour tous les lieux de soins*,⁴ disponible à l'adresse suivante : <http://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/2010-12%20BP%20Hand%20Hygiene%20-%20FR.pdf>.

C. Équipement de protection individuelle (ÉPI)

L'équipement de protection individuelle (ÉPI) sert à empêcher la transmission de micro-organismes d'un patient à l'autre, du personnel aux patients et des patients au personnel, en plaçant une barrière entre la source éventuelle d'infection et les muqueuses, les voies respiratoires, la peau et les vêtements de la personne qui risque d'être infectée.^{3, 17} Le choix de l'ÉPI dépend de la nature de l'interaction avec la mère ou le nouveau-né, et le ou les modes de transmission d'agents infectieux potentiels, selon l'évaluation des risques. L'ÉPI inclut les gants, les blouses et les dispositifs de protection du visage.

Il faut mettre l'ÉPI immédiatement avant l'interaction avec la mère ou le nouveau-né. Une fois l'interaction terminée, il faut enlever immédiatement l'ÉPI et le placer à l'endroit approprié. Lorsqu'on enlève l'ÉPI, il faut suivre scrupuleusement un protocole formel de prévention de la recontamination.⁵¹

- Pour obtenir des renseignements additionnels sur l'usage approprié de l'équipement de protection individuelle, consulter le document du CCPMI intitulé *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé*,² disponible à l'adresse suivante : http://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/RPAP_All_HealthCare_Settings_2012_FR.pdf.
- Se reporter à l'Annexe E, *Enfiler et retirer l'équipement de protection individuelle (ÉPI)* pour obtenir de plus amples renseignements.

Gants

On doit porter des gants lorsqu'on prévoit un contact des mains avec des muqueuses, de la peau endommagée, du sang, d'autres liquides organiques, des sécrétions, des excréctions, ou du matériel ou des surfaces contaminés par ces derniers.² Les gants ne remplacent pas les pratiques d'hygiène des mains, qui doivent être exécutées avant d'enfiler des gants ou après de les retirer.

Utilisation appropriée des gants :

- Appliquer les mesures d'hygiène des mains avant de mettre les gants.
- Mettre les gants immédiatement avant l'activité pour lesquels ils sont indiqués.
- Enlever les gants et les jeter immédiatement après l'activité qui nécessitait leur port.
- Changer de gants au moment de passer à un nouveau patient, y compris au moment de passer de la mère à son nouveau-né.
- Porter des gants au moment de manipuler le nouveau-né après l'accouchement, avant le bain ou le retrait adéquat des substances organiques de la mère.
- Porter toujours des gants au moment de changer des couches.
- Porter des gants lors de tout contact avec une éruption cutanée non diagnostiquée, une lésion ou une peau endommagée.
- Ne pas réutiliser ou laver les gants.
- Appliquer les mesures d'hygiène des mains au moment de retirer les gants.

Blouses

Les blouses servent à protéger les fournisseurs de soins menant des activités susceptibles d'entraîner un contact avec des éclaboussures ou des souillures de sang, d'autres liquides organiques ou d'autres sécrétions et excréctions.² Les blouses à manches longues protègent les avant-bras et les vêtements de la contamination par du matériel pouvant être infecté, au moment de tenir un nouveau-né à l'extérieur de

son incubateur ou de son lit d'enfant par exemple.⁹ Les parents ne sont pas tenus de porter une blouse au moment de prendre leur nouveau-né.

Les fournisseurs de soins devraient porter une blouse ou un autre type de barrière de protection approprié au moment de tenir un nouveau-né contre leur poitrine.

Utilisation appropriée des blouses par le personnel² :

- Porter une blouse au moment de prodiguer des soins pouvant entraîner la contamination de la peau ou des vêtements.
- Enfiler la blouse immédiatement avant l'activité pour laquelle elle est indiquée.
- Retirer la blouse immédiatement après l'activité pour laquelle elle est utilisée.
- Changer de blouse au moment de passer d'une mère à une autre ou d'un nouveau-né à un autre.
- Porter la blouse de la façon appropriée, c'est-à-dire en l'attachant convenablement à la nuque et à la taille.
- Placer la blouse dans le réceptacle approprié après son utilisation, et ne pas la réutiliser.
- Appliquer les mesures d'hygiène des mains après avoir retiré la blouse.

Protection du visage

Les masques et protections oculaires servent à protéger les muqueuses des yeux, du nez et de la bouche lors d'activités liées aux soins qui risquent d'occasionner des éclaboussures ou la projection de sang, d'autres liquides organiques, de sécrétions ou d'excrétions, ou qui sont pratiquées dans un rayon de deux mètres d'une mère qui tousse.^{2, 52} On porte aussi un masque au moment d'effectuer une intervention aseptique, comme l'insertion de cathéters centraux et le pansement de plaies. Si elles arrivent à le tolérer, les mères qui toussent devraient aussi porter un masque lorsqu'elles quittent leur chambre.

Des protections oculaires jetables peuvent être utilisées. Les protections oculaires réutilisables devraient être lavées et désinfectées après chaque usage. Les lunettes d'ordonnance ne constituent pas, à elles seules, des protections oculaires acceptables. Par contre, elles peuvent être portées sous un écran facial et certains types de protections oculaires.

Utilisation appropriée de dispositifs de protections oculaires² :

- Mettre les dispositifs de protections oculaires immédiatement avant l'activité pour laquelle elles sont indiquées.
- Enlever les dispositifs de protections oculaires immédiatement après l'activité pour laquelle elles sont utilisées.
- Jeter les dispositifs de protections oculaires après leur utilisation ou les placer à l'endroit approprié à des fins de nettoyage et de désinfection.
- Veiller à ce que les dispositifs de protections oculaires soient confortables.
- Veiller à ce que les dispositifs de protections oculaires ne nuisent pas à la vision.
- Veiller à ce que les dispositifs de protections oculaires soient bien ajustés.

Utilisation appropriée d'un masque² :

- Mettre le masque immédiatement avant l'activité pour laquelle il est indiqué.
- Retirer le masque immédiatement après l'activité pour laquelle il est utilisé.
- Couvrir le nez et la bouche avec le masque.
- Changer le masque s'il devient mouillé.
- Ne pas toucher le masque au moment de le porter.
- Ne jamais laisser le masque pendre autour du cou.
- Ne pas plier le masque ou le placer dans ses poches.

- Ne pas réutiliser le masque.
- Appliquer les mesures d'hygiène des mains après avoir retiré le masque.

Utilisation appropriée d'un respirateur N95² :

- Mettre le respirateur immédiatement avant l'activité pour laquelle il est indiqué.
- Enlever le respirateur dès qu'il peut être retiré en toute sécurité.
- Utiliser uniquement un respirateur ajusté.
- Vérifier l'étanchéité du respirateur à chaque utilisation.
- Changer de respirateur s'il est mouillé ou souillé.
- Retirer le respirateur correctement et le placer à l'endroit approprié immédiatement après son utilisation.
- Appliquer les mesures d'hygiène des mains après le retrait du respirateur.

➤ Pour obtenir des renseignements additionnels sur l'équipement de protection individuelle, consulter le document du CCPMI intitulé *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé*,² disponible à l'adresse suivante :

http://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/RPAP_All_HealthCare_Settings_2012_FR.pdf.

D. Nettoyage de l'environnement en milieu périnatal

Le maintien d'un milieu de soins propre et sécuritaire est un élément essentiel de la prévention et du contrôle des infections et s'avère partie intégrante de la sécurité des mères, des nouveau-nés, des membres du personnel et des visiteurs.⁵³⁻⁵⁵ Certaines études ont révélé que les souches environnementales de micro-organismes sont identiques à celles du patient occupant l'espace.^{12, 56, 57} Dans certains cas, des éclosions d'IASS ont été maîtrisées en intensifiant les mesures de nettoyage de l'environnement.^{58, 59}

Fréquence du nettoyage

Le nettoyage et la désinfection de l'environnement devraient être effectués de façon régulière et uniforme en vue d'assurer un milieu sûr et salubre. Les recommandations sur le nettoyage destinées aux hôpitaux de l'Ontario sont décrites dans le document du CCPMI intitulé *Pratiques exemplaires en matière de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et de la lutte contre les infections*, disponible à l'adresse suivante :

http://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/Best_Practices_Environmental_Cleaning_2012_FR.pdf.

Conformément aux recommandations du CCPMI⁷ :

- Nettoyer les salles d'accouchement et chambres de naissance après chaque patient ET plus souvent, au besoin.
- Bien nettoyer les aires d'observation des bébés au moins une fois par jour selon un horaire fixe ET plus souvent, au besoin.
- Nettoyer la chambre de la mère au moins une fois par jour et plus souvent, au besoin.
- Nettoyer l'Unité néonatale de soins intensifs au moins deux fois par jour ET plus souvent, au besoin.
- Nettoyer les incubateurs/réchauffeurs selon un horaire déterminé ET plus souvent au besoin.
- Nettoyer complètement l'incubateur/le réchauffeur et l'environnement au moment où le nouveau-né quitte l'UNSI.
- Nettoyer complètement le matériel de transport après le transport de chaque nouveau-né.

La vérification fréquente des pratiques devrait faire partie intégrante de la responsabilité de l'organisme à l'égard du maintien d'un environnement propre.⁷

Incubateurs et réchauffeurs

Au moment de choisir un incubateur ou un réchauffeur, on devrait prendre en compte la capacité de nettoyer le matériel. L'unité devrait se doter d'une politique et procédure écrite régissant le nettoyage des incubateurs/ réchauffeurs qui établit le nombre de nettoyages nécessaire (p. ex., toutes les semaines et quand ils sont visiblement souillés) et la méthodologie à suivre. On devrait procéder au nettoyage du matériel selon les instructions du fabricant pour ce matériel.

Au moment de nettoyer un incubateur ou un réchauffeur, toutes les pièces détachables devraient être enlevées et frottées. Si l'incubateur est muni d'un ventilateur, le ventilateur devrait être nettoyé et désinfecté en suivant les instructions du fabricant. Le filtre à air devrait être entretenu de la façon recommandée par le fabricant. Les matelas devraient être remplacés si leur revêtement est abîmé. Les brassards, hublots et manches d'incubateur sont facilement contaminés et devraient être nettoyés et désinfectés fréquemment. Un horaire régulier de remplacement des brassards jetables devraient être prévu.

- Consulter l'Annexe C, [*Exemple - Nettoyage régulier de l'incubateur*](#), pour obtenir un exemple de protocole de nettoyage.

Aires de préparation du lait

On devrait prévoir des aires séparées de préparation du lait, qui ne servent à aucune autre activité. Les aires de préparation du lait peuvent se contaminer et doivent être nettoyées chaque jour, et après la préparation du lait de chaque mère. Les réfrigérateurs et les congélateurs de lait devraient être nettoyés à intervalles réguliers, selon un horaire régulier de remplacement, et ne devraient pas servir à la préparation ou à l'entreposage d'autre chose, comme de la nourriture, des prélèvements ou des médicaments.

Produits de nettoyage et désinfectants

Les produits de nettoyage et de désinfection utilisés dans les milieux de soins doivent être approuvés par les services de prévention et de contrôle des infections et de santé et de sécurité au travail.⁶ Les produits de désinfection partielle comme les composés d'ammonium quaternaire, peroxydes, iodophores et solutions d'hypochlorite (« eau de javel ») peuvent servir à des fins de désinfection générale. **Les composés phénoliques ne devraient pas être utilisés** dans les pouponnières ou à l'UNSI car leur absorption par la peau peut causer de l'hyperbilirubinémie.⁶⁰ Les agents de nettoyage et de désinfection peuvent être combinés en un seul produit, ce qui permet d'éviter une étape. Les protocoles de nettoyage et de désinfection devraient prévoir l'application du produit pendant toute la durée prévue par le fabricant.

Des produits qui ne laissent aucun résidu toxique devraient être utilisés pour le nettoyage et la désinfection des aires et du matériel de soins aux nouveau-nés.

Piscines, bains et bassins d'accouchement

Un lien a été établi entre les infections associées aux soins de santé et l'utilisation de bassins d'accouchement, de bains à remous et de bains à massage à l'accouchement.^{61, 62} L'ingestion accidentelle d'eau, l'utilisation de vaporisateurs et d'aérosols, et les contacts directs avec des plaies et de la peau endommagée comptent parmi les voies d'infection possibles.⁵⁴

On devrait mettre en place des politiques et des procédures écrites rigoureuses relativement au nettoyage et à la désinfection du matériel d'hydrothérapie, qui prévoient les mesures suivantes :

- Retirer les pièces exposées à de l'eau contaminée au moment du nettoyage et de la désinfection (p. ex., jets).
- Bien égoutter le matériel après chaque usage.
- Nettoyer complètement les surfaces et pièces détachables du matériel.
- Désinfecter les surfaces et pièces détachables avec un germicide chimique, selon la méthode de désinfection recommandée par le fabricant du matériel.

Le matériel fabriqué pour usage domestique (p. ex., bains à massage, cuves thermales) n'est pas conçu ou construit à des fins d'accouchement. Leurs fabricants ne sont pas tenus de fournir des instructions de nettoyage et de désinfection aussi rigoureuses que s'il s'agissait de matériel médical. Ce matériel et son utilisation en milieu de soins de santé devraient faire l'objet d'une évaluation attentive avant l'achat. Cette évaluation devrait être menée avec la participation du service de prévention et de contrôle des infections.

Articles de buanderie

Les articles de soins aux nouveau-nés (p. ex., couvre-matelas, dispositifs de positionnement) devraient être nettoyables ou jetables. Les articles qui ne sont pas envoyés à un service de buanderie extérieur doivent être lavés selon les normes et pratiques exemplaires établies, dont :⁶³

- Séparation claire des articles propres et souillés durant leur transport, leur tri, leur pliage et leur entreposage
- Procédures écrites pour le lavage, le conditionnement, le rinçage et le séchage de chaque type de matériel⁶³ :
 - Il existe une méthodologie prévoyant les étapes de lavage à suivre, y compris la quantité d'agents chimiques à utiliser et le moment de les ajouter à la brassée, la purge, le lavage, le blanchissage, le rinçage, la finition (p. ex., tordage) et l'extraction d'eau.
 - Les articles de buanderie doivent être lavés à haute température (>71°C) à l'aide d'un détergent à eau chaude, durant un cycle de lessive complet (≥ 25 minutes).
 - Si on utilise de l'eau de faible température (<70°C) pour les cycles de lessive, une quantité appropriée de détergent convenant aux basses températures doit être utilisée pendant un cycle de lessive complet.
 - Les articles humides doivent être séchés complètement dans une sècheuse industrielle. Ils ne doivent pas être laissés dans la sècheuse toute la nuit.
- Vérification quotidienne du niveau de pH de l'eau de lessive.

Tous les articles doivent être manipulés le plus délicatement possible pour prévenir la libération d'aérosols. Les articles très souillés doivent être manipulés avec des gants s'il existe des risques de souillure des mains. Les articles souillés :

- sont maintenus à l'écart du corps;
- sont placés dans des sacs ou apportés dans des sacs au lieu de collecte des articles de buanderie. Les sacs doivent être attachés fermement et ne pas être trop remplis;
- sont gardés dans des sacs ou contenants ou sacs étanches;
- ne sont pas déposés dans des emballages doubles, à moins que le premier sac ne soit visiblement souillé ou qu'il ait une fuite.

Les articles propres sont :

- transportés, triés et entreposés de façon à prévenir la contamination;
- manipulés uniquement par du personnel ayant les mains propres;
- entreposés dans un endroit propre et sec, où l'on circule peu;

- Entreposés d'une façon qui favorise la rotation des stocks

Déchets

- Les déchets doivent être triés au point de production et placés soit dans un sac en plastique, soit dans un contenant rigide avec couvercle.
- L'utilisation d'emballages doubles n'est nécessaire que lorsque le premier sac est étiré ou endommagé, ou lorsque des déchets se sont déversés à l'extérieur du sac.
- Les sacs doivent être fermés lorsqu'ils sont remplis aux trois quarts, et être scellés de façon à empêcher le contenu de s'échapper.
- Les déchets triés doivent être transportés dans des aires centrales d'entreposage à intervalles réguliers fréquents.
- Les couches souillées sont jetées immédiatement dans un réceptacle à couvercle.

Objets pointus et tranchants

Les objets pointus et tranchants qui peuvent causer des coupures ou des plaies punctiformes incluent les aiguilles, le fil de suture, les lancettes, les lames et le verre clinique. Il est possible de prévenir les blessures d'objets pointus et tranchants chez le personnel des services de santé en prenant les mesures suivantes :

- utiliser des aiguilles et du matériel médical à conception sécuritaire;
- ne jamais réencapuchonner, plier ou briser les aiguilles;
- ne jamais plonger les mains dans un contenant de déchets ou d'objets pointus et tranchants;
- disposer de contenants rigides et résistants aux perforations au point d'utilisation ou à proximité;
- remplacer les contenants pour objets pointus et tranchants lorsque les objets pointus et tranchants ont atteint la ligne de remplissage, et fermer le couvercle de façon sécuritaire;
- manipuler les articles de buanderie avec précaution;
- renseigner le personnel sur les risques liés à des procédures dangereuses telles le reencapuchonnement.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur le nettoyage de l'environnement, consulter :

- Le document du CCPMI intitulé *Pratiques exemplaires en matière de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et de la lutte contre les infections* dans tous les établissements de soins de santé,⁷ disponible à l'adresse suivante :
http://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/Best_Practices_Environmental_Cleaning_2012_FR.pdf.
- Le document des Réseaux régionaux de contrôle des infections intitulé *Environmental Cleaning Best Practices Educational Toolkit*, disponible à l'adresse suivante :
http://www.publichealthontario.ca/fr/ServicesAndTools/Tools/Pages/Trousse_de_nettoyage_de_l%27environnement.aspx.

E. Retraitement de l'équipement

Le matériel médical réutilisable doit pouvoir être nettoyé, désinfecté ou stérilisé.

Pour obtenir des renseignements additionnels sur le retraitement de l'équipement, consulter le document du CCPMI intitulé *Pratiques exemplaires pour le nettoyage, la désinfection et la stérilisation du matériel médical dans tous les lieux de soins*,⁶ disponible à l'adresse suivante :

http://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/PIDAC_Cleaning_Disinfection_and_Sterilization_2013_FR.pdf.

F. Hébergement et placement

Mères

Les chambres individuelles, avec salle de bain et lavabo privés, sont privilégiées pour l'hébergement de toutes les mères.^{64, 65} Les établissements de soins de santé qui ne disposent pas d'un nombre suffisant de chambres individuelles pour prodiguer tous les soins courants doivent prendre des décisions concernant l'affectation des chambres et le choix des compagnes de chambre. À des fins de prévention et de contrôle des infections, ces décisions sont fondées sur les éléments suivants :

- le mode de transmission de tout agent infectieux connu ou soupçonné
 - les facteurs de risque de transmission (p. ex., contamination environnementale)
 - les facteurs de risque d'infection par d'autres mères de l'unité (p. ex., immunisation compromise)
 - la disponibilité des chambres individuelles
- Pour obtenir des renseignements additionnels sur l'hébergement, consulter le document du CCPMI intitulé *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé*,² disponible à l'adresse suivante :
http://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/RPAP_All_HealthCare_Settings_2012_FR.pdf.

Bébés nés à terme et en santé

- La cohabitation mère-nourrisson est encouragée dans la mesure du possible. Dans les nouvelles constructions, il est recommandé de prévoir des chambres privées pour la mère et son nouveau-né.
- Dans les chambres à lits multiples, on devrait prévoir un espace suffisant pour placer le lit du nouveau-né de chacune des mères. On devrait prévoir un espace de deux mètres entre le lit de la mère et celui du nouveau-né.
- Chaque espace mère-nourrisson devrait être muni du DMBA au point de services.

Nouveau-nés prématurés

Un lien a été établi entre la planification sous-optimale de l'espace, qui mène au surpeuplement et au manque d'installations pour l'hygiène des mains, et les éclosions d'infections.^{13,14 66} Les chambres individuelles sont à privilégier.^{64, 65, 67}

Idéalement, l'espace occupé par le nouveau-né devrait compter au moins 11,2 mètres carrés (120 pieds carrés) de superficie de plancher libre, ce qui exclut les postes de lavage des mains, les colonnes et les allées.^{68, 69} Dans les chambres à occupation multiple, chacun de ces espaces devrait être adjacent à une allée, d'une largeur minimale de 1,2 mètre (quatre pieds).^{68, 69} Lorsque la conception de l'espace inclut des chambres individuelles ou des cloisons de séparation fixes, on devrait prévoir une allée adjacente complètement dégagée d'au moins 2,4 mètres (huit pieds) pour permettre le passage du matériel et du personnel.^{68, 69} Dans les chambres à lits multiples, on devrait prévoir au moins 2,4 mètres (huit pieds) entre les incubateurs/ réchauffeurs.⁶⁹

Des postes de lavage des mains devraient être accessibles, à proximité. Chaque espace pour nouveau-né devrait compter des installations d'hygiène des mains.⁶⁴ (p. ex., DMBA au point de services). L'UNSI devrait avoir accès à des chambres d'isolement à pression négative pour personnes porteuses d'une infection transmissible par voie aérienne.^{9, 68}

Les nouveau-nés chez qui on a identifié ou on soupçonne une infection transmissible devraient faire l'objet de précautions supplémentaires. Durant une éclosion, il peut s'avérer nécessaire de regrouper les nouveau-nés qui ont été colonisés ou infectés par un même organisme.⁹

Il n'est pas conseillé de placer plusieurs nouveau-nés dans un même lit si :

- des dispositifs invasifs sont utilisés (p. ex., cathéters intravasculaires, ventilation)
- un agent pathogène a été identifié chez un des nouveau-nés
- un nouveau-né ne se porte pas bien

G. Réadmission ou transfert des mères/nouveau-nés

Transfert d'un autre établissement – Mères

Les mères qui sont transférées d'autres hôpitaux devraient faire l'objet d'un test de dépistage des organismes antibiotiques (OA) selon les protocoles prévues dans le document du CCPMI intitulé *Annexe A : Dépistage, analyse et surveillance des organismes antibiotiques (OA)*,⁷⁰ disponible à l'adresse suivante : http://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/PIDAC-IPC_Annex_A_Screening_Testing_Surveillance_AROs_2013_FR.pdf.

Transfert vers un autre établissement- Mères

Les établissements où la mère est transférée devraient être avertis de toute infection, colonisation ou exposition connue.

Transfert d'un autre établissement – Nouveau-nés

Les établissements où le nouveau-né est transféré devraient effectuer le dépistage des OA et envisager d'appliquer au nouveau-né les précautions supplémentaires jusqu'à la réception des résultats, selon le niveau de risque évalué (p. ex., éclosion dans l'unité d'origine, risque de colonisation de la mère). Dans le cas des transferts en provenance d'unités aux prises avec des éclosions d'OA, on devrait procéder de nouveau au dépistage de sept à dix jours après l'admission.

Les nouveau-nés en provenance de pouponnières et d'UNSI aux prises avec une situation connue d'exposition, de cas groupés ou d'éclosion devraient dès que possible faire l'objet d'un dépistage ou d'une évaluation clinique d'infection ou de colonisation par l'organisme à la source de l'éclosion. Dans le cas des organismes pouvant être isolés au moyen du dépistage, on devrait appliquer aux nouveau-nés les précautions supplémentaires appropriées à l'organisme à l'origine de l'éclosion jusqu'à l'obtention des résultats du dépistage. Dans le cas des syndromes infectieux ne se prêtant pas au dépistage (p. ex., coqueluche, norovirus), on devrait appliquer aux nouveau-nés les précautions supplémentaires toute la durée de la période d'incubation suivant la dernière exposition.

Si un nouveau-né est transféré à l'hôpital et qu'il est connu que sa mère est colonisée par des OA, on devrait appliquer les précautions supplémentaires au nouveau-né.

La présence d'un OA ou d'une éclosion ne devrait pas empêcher le transfert approprié d'un nouveau-né vers un autre établissement.

Transfert vers un autre établissement – Nouveau-nés

Lorsqu'on détecte une exposition, des cas groupés ou une éclosion à la pouponnière, l'hôpital devrait immédiatement en avvertir les unités où des nouveau-nés pouvant avoir été exposés à l'infection ont été transférés.

Les hôpitaux où sont transférés des nouveau-nés devraient être avertis de toute situation connue d'exposition, de colonisation ou d'infection, ou toute éclosion actuelle dans la pouponnière ou l'UNSI d'origine des nouveau-nés.

H. Familles et visiteurs

Les politiques régissant les visites devraient être souples mais sécuritaires. On devrait encourager les parents à passer le plus de temps possible avec leur(s) nouveau-né(s). Les visites accordées au reste de la famille et amis devraient dépendre des avantages et risques de l'exposition du nouveau-né.⁹ Les responsables devraient songer à limiter le nombre de visiteurs, tout en respectant les principes des soins centrés sur la famille.

Les programmes périnatals devraient avoir en place des politiques d'identification des membres de la famille et visiteurs pouvant avoir contracté une maladie infectieuse.⁹ Les membres de la famille et autres connaissances ne devraient pas rendre visite à la mère ou au nouveau-né s'ils ne se portent pas bien et affichent des signes et symptômes possibles d'infections, y compris :

- fièvre
- toux ou symptômes de grippe
- écoulements nasaux
- vomissements ou diarrhée
- éruption cutanée
- conjonctivite

Les pouponnières de niveau 2 et 3 et les unités de soins prénatals à risque élevé devraient avoir en place un programme de dépistage actif pour identifier et exclure les membres de la famille, membres du personnel et autres visiteurs malades. Cela s'avère particulièrement important durant les périodes d'éclosions communautaires, comme les éclosions de grippe et de virus respiratoire syncytial (VRS). On devrait avertir les parents de ne pas venir accompagnés des frères ou sœurs du nouveau-né si ces personnes ont été exposées à une maladie infectieuse et traversent la période d'incubation de cette maladie infectieuse (p. ex., varicelle).

Même si les visiteurs sont moins susceptibles que le personnel de transmettre des maladies infectieuses à des patients multiples dans les milieux de soins de santé, ils devraient recevoir des instructions avant de rendre visite à une mère ou un nouveau-né, en vue d'assurer la conformité aux pratiques de PCI établies² :

- les visiteurs ne devraient pas accéder au milieu de soins de santé s'ils sont malades ou ne sont pas en mesure de se conformer aux pratiques d'hygiène des mains ou à d'autres mesures de précaution pouvant s'avérer nécessaires.
- il faudrait insister sur l'hygiène des mains avant et après les visites.
- Si les visiteurs doivent utiliser de l'ÉPI, ce matériel doit être accompagné d'instructions sur son application, son usage et son élimination convenable.

Des directives écrites sur les vaccins recommandés, l'hygiène des mains et l'étiquette respiratoire peuvent également être fournies aux familles et visiteurs.

I. Santé au travail

Il est important que le personnel obstétrical et néonatal soit immunisé contre la rougeole, les oreillons, la rubéole, la coqueluche, la varicelle et l'hépatite B, et immunisé chaque année contre la grippe, afin de protéger la santé de leurs patients et la leur. Plusieurs maladies évitables au moyen de la vaccination entraînent des risques particuliers pour les mères et les nouveau-nés. L'immunisation du personnel contribue grandement à la prévention des éclosions et est efficace pour prévenir la transmission de ces maladies à risque élevé du personnel aux mères et aux nouveau-nés. Les vaccins suivant revêtent une importance particulière :

- Vaccin contre la rubéole, pour prévenir le syndrome de rubéole congénitale;⁷¹⁻⁷³

- Vaccin contre la varicelle, pour prévenir les cas de varicelle grave durant la grossesse, le syndrome de la varicelle congénitale et l'introduction par le personnel de la varicelle dans la pouponnière;
- Vaccin annuel contre la grippe pour prévenir les cas de grippe grave chez les mères et les nouveau-nés;⁷⁴⁻⁷⁷
- vaccin contre la coqueluche acellulaire, pour prévenir les éclosions de coqueluche dans l'UNSI.⁷⁸⁻⁸⁰

Il devrait aussi exister un processus de « retour en arrière » pour veiller à ce que les immunisations des membres du personnel demeurent à jour, le cas échéant (p. ex., coqueluche acellulaire). Tous les membres du personnel doivent se conformer aux politiques de SST concernant la tuberculose.

Le personnel atteint de maladies aiguës, transmissibles et infectieuses devrait être exclu du milieu de travail. Cela inclut le fait de ne pas travailler lorsqu'il souffre d'une maladie aiguë dont les signes et symptômes sont probablement causés par une infection transmissible, comme de la fièvre, de la toux, des symptômes de grippe, des écoulements nasaux, la gorge irritée, des vomissements, de la diarrhée, une éruption cutanée ou une conjonctivite. Les symptômes de rhume chez des adultes autrement en santé peuvent être causés par des virus respiratoires pouvant entraîner un risque de maladie grave chez les nouveau-nés, comme le virus respiratoire syncytial (VRS). Les membres du personnel atteints de zona disséminé ne devraient pas travailler dans l'UNSI tant que leurs lésions ne sont pas sèches et croûtées. De plus, ils ne devraient pas travailler avec des femmes enceintes tant que leurs lésions n'ont pas été maîtrisées.

On devrait évaluer le personnel vulnérable qui a été exposé à une maladie transmissible et, au besoin, lui donner congé pour la période d'incubation appropriée.

Toutes les personnes qui mènent des activités au sein de l'hôpital sont tenues de se conformer aux protocoles de surveillance des maladies transmissibles élaboré conjointement par l'OHA, l'OMA et le MSSLD aux termes de l'article 4 du Règlement 965 pris en application de la *Loi sur les hôpitaux publics*.

- Les protocoles de surveillance des maladies transmissibles sont disponibles à l'adresse suivante : <http://www.oha.com/SERVICES/HEALTHSAFETY/Pages/CommunicableDiseasesSurveillanceProtocols.aspx>.

Le personnel obstétrical et néonatal doit être immunisé contre la rougeole, les oreillons, la rubéole, la coqueluche, la varicelle et l'hépatite B, et immunisé chaque année contre la grippe.

L'immunisation du personnel contribue grandement à la prévention des éclosions et est efficace pour prévenir la transmission de ces maladies à risque élevé du personnel aux mères enceintes et aux nouveau-nés.

J. Surveillance

La surveillance est la collecte, la compilation et l'analyse systématiques et permanentes de données ainsi que la transmission en temps opportun des résultats aux intervenants qui en ont besoin pour prendre des mesures concrètes. La surveillance des processus (c.-à-d. vérification continue des pratiques) vise à assurer que les procédures et normes de pratique sont suivies et qu'un plan d'action est en place pour améliorer les pratiques. La surveillance des résultats s'intéresse à des événements ou résultats définissables, p. ex., infections de sites opératoires, dans une population particulière. Les résultats devraient être accompagnés d'un plan d'action qui produira une amélioration de la qualité.¹

La surveillance des processus et des résultats associés aux IASS en périnatalogie constitue une mesure d'assurance de la qualité importante pour maintenir l'innocuité de l'environnement et contribuer à des

soins de santé plus sûrs. La surveillance des taux d'infection peut permettre l'identification de tendances et de grappes, et l'évaluation de l'impact des interventions. Si les ressources sont limitées, il peut ne pas être possible de surveiller les taux de l'ensemble des infections. Au sein de l'UNSI, les efforts de surveillance devraient être axés sur les infections affichant les plus haut taux de morbidité et de mortalité, les infections les plus courantes et les infections qu'il est possible de combattre. Les indicateurs fournis au Tableau 2 sont des mesures de surveillance recommandées en périnatalogie.

La surveillance des résultats exige l'établissement de définitions objectives, valides et normalisées en matière d'infection qui sont appliquées de façon uniforme au sein du milieu de soins. Si les définitions utilisées dans la classification des infections ne sont pas normalisées, il est impossible de comparer avec exactitude les taux d'infection d'un milieu de soins de santé tant avec ses propres taux antérieurs qu'avec des données repères externes.

Tableau 2 : Exemples d'indicateurs de surveillance en périnatalogie

Indicateur	Obstétriques	Néonatalogie
INDICATEURS DE PROCÉDÉ :	▪ Respect des mesures d'hygiène des mains ▪ Respect des pratiques de base ▪ Respect des mesures de dépistage prénatal ▪ Respect des recommandations relatives à l'immunisation des mères ▪ Taux d'immunisation du personnel contre la grippe ▪ Antibioprophylaxie appropriée pour les accouchements par césarienne ▪ Caractère approprié du recours aux antibiotiques	▪ Respect des mesures d'hygiène des mains ▪ Respect des pratiques de base ▪ Respect des recommandations relatives à l'immunisation des nouveau-nés ▪ Taux d'immunisation du personnel contre la grippe ▪ Caractère approprié du recours aux antibiotiques ▪ Insertion et entretien de cathéters intravasculaires centraux
INDICATEURS DES RÉSULTATS :	▪ Taux d'ISO liés aux accouchements par césarienne ▪ Infections du postpartum à SGA	▪ Infections sanguines liées aux cathéters intravasculaires centraux ▪ IS ▪ ENN ▪ MRA acquis en milieu de soins
Abréviations : OA = Organisme antibiorésistant néonatal IS = Infection sanguine SGA = Streptocoque du groupe A		ENN = Entérococolite nécrosante ISO = Infection du site opératoire

Les taux d'IAS d'un établissement peuvent être comparés aux taux antérieurs ou à des données repères du même établissement, ou encore à des normes ou à des données repères externes. La comparaison aux données d'autres hôpitaux semblables devrait être effectuée uniquement si le système de surveillance est basé sur des définitions de cas établies qui ont été amplement revues et validées, comme celles du Canadian Neonatal Network, du Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PCSN) et du National Healthcare Safety Network (NHSN) des États-Unis.

Toute activité de comparaison des taux d'infection des UNSI devrait reposer sur des taux stratifiés :

- le poids à la naissance (p. ex., ≤750 g; 751 à 1 000 g; 1 001 à 1 500 g; 1 501 à 2 500 g; et ≥ 2 500 g)
- le nombre de jours d'utilisation du dispositif (p. ex., cathéter central, appareil de ventilation)
- intensité de la maladie.

- Pour obtenir plus d'information sur les principes de la surveillance, consulter le document du CCPMI intitulé *Pratiques exemplaires en matière de surveillance des infections associées aux soins de santé*,⁸¹ disponible à l'adresse suivante : http://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/BP_Surveillance_of_HAI_2012_FR.pdf.

Recommandations relatives aux pratiques de base :

1. ***Tous les milieux de soins qui fournissent des soins à la mère et au nouveau-né devraient suivre les pratiques exemplaires en matière de pratiques de base du CCPMI. En particulier :***
 - a) ***On doit procéder à une évaluation des risques au point de services avant chaque interaction avec une mère ou un nouveau-né pour déterminer les interventions nécessaires pour prévenir la transmission de micro-organismes. [BIII]***
 - b) ***Tous les milieux de soins de santé doivent mettre en œuvre un programme complet d'hygiène des mains qui respecte les pratiques exemplaires recommandées. [AI]***
 - c) ***Les fournisseurs de soins de santé doivent porter de l'équipement de protection individuelle (ÉPI), conformément à l'évaluation des risques afin de prévenir l'exposition à des matières organiques comme du sang, des liquides organiques (y compris le lait maternel), des sécrétions (y compris les sécrétions vaginales) et des excréments (y compris le méconium). [AI]***
2. ***Tous les milieux de soins devraient adopter des politiques, des procédures et des pratiques pour assurer le maintien d'un environnement propre et sûr. [AI]***
3. ***Les programmes pour les mères et nouveau-nés devraient mener des activités de surveillance des procédés et résultats associés aux infections acquises en milieu de soins périnatal, accompagnées d'analyses et de rétroaction. [AI]***

3. Précautions supplémentaires en périnatalogie

Les précautions supplémentaires renvoient aux interventions en matière de prévention et de contrôle des infections (p. ex., ÉPI et contrôles environnementaux supplémentaires) qui s'ajoutent aux pratiques de base visant à protéger le personnel et les patients en freinant la transmission des agents infectieux soupçonnés ou détectés chez un patient donné.² Dans certains cas, le recours à des moyens techniques spécialisés (p. ex., une chambre à pression négative pour un patient atteint de tuberculose) ou à des protocoles de nettoyage améliorés de l'environnement du patient (p. ex., *Clostridium difficile* – *C. difficile*, entérocoques résistant à la vancomycine – ERV) pourra être exigé.

Les précautions supplémentaires sont fondées sur le mode de transmission (p. ex., contact direct et indirect, voie aérienne ou exposition aux gouttelettes). Il existe trois catégories de précautions supplémentaires : précautions contre la transmission par contact, précautions contre la transmission par gouttelettes et précautions contre la transmission par voie aérienne.

Il est essentiel de communiquer efficacement les précautions supplémentaires à prendre lorsqu'une mère se rend dans un autre service pour y subir des tests, dans une autre unité ou dans un autre milieu ou établissement de soins. Cette communication doit être transmise au personnel des services médicaux d'urgence (SMU) et services de transport. Toute infection détectée chez la mère devrait être communiquée rapidement au personnel des soins néonatalogiques et de la pouponnière.

Tout professionnel de la santé autorisé devrait être en mesure de mettre en œuvre des précautions supplémentaires dès les premiers symptômes.

Chaque milieu de soins devrait disposer d'une politique autorisant l'arrêt des précautions supplémentaires uniquement **après consultation du professionnel en prévention et contrôle des infections** ou de son remplaçant désigné. Le médecin traitant devrait être informé du moment d'initier

ou d'interrompre les précautions supplémentaires. Si le professionnel en prévention et contrôle des infections et le médecin traitant ne s'entendent pas sur l'interruption, le plus haut niveau de précautions demeurera en vigueur et sera examiné quotidiennement jusqu'à ce qu'un diagnostic ferme soit obtenu ou que des experts soient consultés.

Les précautions supplémentaires devraient être maintenues jusqu'à ce que le risque de transmission du micro-organisme ou de la maladie soit éliminé. Dans certains cas, des conseils d'expert peuvent s'avérer nécessaires. Lorsqu'on connaît la durée de transmissibilité du micro-organisme, on peut cesser de prendre les précautions supplémentaires à la fin de cette période.

- Se reporter à l'Annexe F, *Sommaire des maladies infectieuses associées à la périnatalogie*, pour obtenir des recommandations sur la durée des précautions supplémentaires à prendre, selon la maladie.

A. Précautions contre les contacts

Des précautions contre les contacts sont mises en place en plus des pratiques de base relatives aux micro-organismes lorsqu'il y a un risque de contamination de l'environnement ou de la peau non endommagée, comme dans le cas des SARM et ERV. Il existe deux types de transmission par contact :

- il y a transmission par **contact direct** lors d'un toucher; par exemple, une personne colonisée ou infectée peut transmettre des micro-organismes à d'autres en les touchant.
- Il y a transmission par **contact indirect** lorsque des micro-organismes sont transférés d'un patient à l'autre par des objets contaminés ou par les mains contaminées d'un fournisseur de soins de santé.

Les précautions contre les contacts incluent ce qui suit :

- chambre privée pour adulte;
- affiche placée sur la porte, le lit d'enfant ou l'incubateur, indiquant que des précautions doivent être prises contre les contacts;
- port de gants pour toutes les activités accomplies dans la chambre/l'espace du lit ou l'environnement du nouveau-né;
- port de la blouse pour toutes les activités dans la chambre, l'espace du lit ou l'environnement du nouveau-né, selon le risque de contamination de la peau ou des vêtements;
- matériel réservé à un seul patient, dans la mesure du possible;
- politiques et pratiques qui assurent le nettoyage et la désinfection complète du matériel entre son utilisation, lorsqu'il est impossible d'éviter la mise en commun du matériel;
- nettoyage spécial à intervalles réguliers ou suivant le congé, si nécessaire (p. ex., ERV, infection à la bactérie *C. difficile*);
- restriction possible des visiteurs.

B. Précautions contre l'exposition aux gouttelettes

Chez les mères et nouveau-nés atteints ou potentiellement atteints d'une infection pouvant être transmise par de grosses gouttelettes respiratoires, les pratiques de base doivent être accompagnées de précautions contre l'exposition aux gouttelettes.² Selon des travaux récents, les gouttelettes expulsées avec force lors d'une toux ou d'un éternuement peuvent être projetées sur une distance atteignant deux mètres.⁸² Chez les nouveau-nés qui ne peuvent pas tousser avec force, la distance parcourue par les gouttelettes sera moindre. Parmi les exemples de micro-organismes transmis par des gouttelettes

figurent le virus des voies respiratoires (p. ex., adénovirus, grippe et virus parainfluenza, rhinovirus, VRS), la rubéole, les oreillons et le *Bordetella pertussis*.

Les précautions contre l'exposition aux gouttelettes incluent ce qui suit :

- de préférence, des chambres individuelles pour les mères. Si cela n'est pas possible, on devrait garder celles-ci à l'écart des autres occupantes la chambre en tirant les rideaux entre les lits;
- affiche placée sur la porte, le lit d'enfant ou l'incubateur, indiquant que des précautions doivent être prises contre l'exposition aux gouttelettes;
- protection du visage à moins de deux mètres de la mère ou du nouveau-né;
- port d'un masque par les mères atteintes d'infections transmises par de grosses gouttelettes lorsqu'elles doivent quitter la chambre;
- restriction possible des visiteurs.

C. Précautions contre les gouttelettes et leur transmission par contact

Dans bien des cas, les micro-organismes qu'abritent les gouttelettes se déposent sur des surfaces dans l'environnement immédiat à la suite d'une quinte de toux ou d'éternuements. Certains de ces micro-organismes demeurent viables pendant de longues périodes de temps (p. ex., grippe, virus parainfluenza, VRS). La transmission par contact peut alors se produire lorsqu'on touche des surfaces et des objets contaminés par des gouttelettes respiratoires.³ Dans ces cas, on devrait prévoir à la fois des précautions contre l'exposition aux gouttelettes et des précautions contre leur transmission par contact (c'est-à-dire gants, blouse et protection du visage).

D. Précautions contre la transmission par voie aérienne

Chez les mères et nouveau-nés atteints ou potentiellement atteints d'une infection pouvant être transmise par voie aérienne, les pratiques de base doivent être accompagnées de précautions contre la transmission par voie aérienne.² La transmission par voie aérienne se produit lorsque des particules en suspension dans l'air sont dispersées par les courants d'air puis inhalées par d'autres personnes qui se trouvent à proximité ou peuvent se trouver à une certaine distance de la mère ou du nouveau-né source, dans une autre chambre ou salle (selon les courants d'air) ou dans la même chambre qu'une mère ou qu'un nouveau né vient de quitter, si le renouvellement de l'air est insuffisant.³ La lutte contre la transmission par voie aérienne nécessite le contrôle de la circulation d'air au moyen de systèmes de ventilation spéciaux et l'utilisation de respirateurs.³ Les seuls micro-organismes transmis par voie aérienne sont la *Mycobacterium tuberculosis*, le virus de la varicelle et le virus de la rougeole.

Le contrôle efficace des micro-organismes transmis par voie aérienne dépend du maintien d'un indice élevé de soupçon par rapport aux personnes qui présentent des symptômes compatibles avec une infection transmissible par voie aérienne,⁸³ de leur isolation rapide dans un environnement approprié et du diagnostic rapide de l'infection. En ce qui concerne la rougeole et la varicelle, la vaccination constitue le principal moyen de contrôle de l'infection.

Les incubateurs n'offrent pas de protection contre les micro-organismes transmis par voie aérienne. Pour offrir une protection contre la transmission de micro-organismes par voie aérienne, l'incubateur doit être placé dans une chambre d'isolement pour personnes porteuses d'une infection transmissible par voie aérienne (c'est-à-dire chambre à pression négative).

Les mesures de prévention de la transmission des infections transmissibles par voie aérienne comprennent ce qui suit :

- immunisation contre la rougeole et la varicelle (vaccins, immunité naturelle);

- dépistage précoce des cas éventuels;
- isolement rapide dans une chambre d'isolement à pression négative pour personnes porteuses d'une infection transmissible par voie aérienne;
- traitement approprié de la mère et du nouveau-né, le cas échéant;
- utilisation d'un respirateur N95 dont l'étanchéité et l'ajustement ont été vérifiés, lorsque cela est indiqué;
- dépistage et le suivi des mères, des nouveau-nés et du personnel exposés.

Les incubateurs n'offrent pas de protection contre les micro-organismes transmis par voie aérienne. Pour offrir une protection contre la transmission de micro-organismes par voie aérienne, l'incubateur doit être placé dans une chambre d'isolement pour personnes porteuses d'une infection transmissible par voie aérienne.

Les précautions contre la transmission par voie aérienne incluent ce qui suit :

- placement dans une chambre d'isolement pour personnes porteuses d'une infection transmissible par voie aérienne ou transfert dans un établissement doté de chambres d'isolement pour personnes porteuses d'une infection transmissible par voie aérienne;
 - maintien fermée de la porte de la chambre;
 - installation d'une affiche sur la porte qui indique que des précautions contre la transmission d'infections par voie aérienne doivent être prises;
 - accès à la chambre par du personnel immunisé seulement dans le cas de la rougeole et de la varicelle (respirateur N95 non requis dans le cas du personnel immunisé);
 - dans le cas de la tuberculose, port d'un respirateur N95 dont l'étanchéité et l'ajustement ont été vérifiés par le personnel, dès le moment d'entrer dans la chambre;
 - nettoyage à intervalles réguliers du matériel et de l'environnement;
 - port du masque par la mère atteinte dès le moment de quitter la chambre;
 - transport limité de la mère, à moins qu'il ne soit nécessaire pour pratiquer des procédures diagnostiques ou thérapeutiques.
- Pour obtenir d'autres renseignements sur les précautions supplémentaires, consulter le document du CCPMI intitulé *Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé*², disponible à l'adresse suivante : http://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/RPAP_All_HealthCare_Settings_2012_FR.pdf.

Recommandation relative aux précautions supplémentaires :

- 4. Tous les milieux offrant des soins à la mère et au nouveau-né devraient suivre les pratiques exemplaires du CCPMI en matière de précautions supplémentaires, basées sur le mode de transmission. [BII]**

4. Infections périnatales

Les infections qui se produisent durant la période antepartum et intrapartum peuvent entraîner de graves complications pour le fœtus et le nouveau-né. La prestation de soins appropriés à la mère, puis au bébé, pendant la période antepartum et intrapartum, peut avoir des avantages considérables. Pour avoir un impact optimal, il est essentiel de promouvoir la communication et la coopération entre tout le personnel de soins périnataux.

A. Immunisation

Les programmes d'immunisation figurent parmi les interventions en santé ayant le meilleur coût-avantage. L'immunisation peut réduire de façon significative l'occurrence de maladies évitables, ce qui profite non seulement à la mère et au nouveau-né, mais aussi au restant de la clientèle des soins obstétricaux. L'objectif global de l'immunisation avant et pendant la grossesse est d'induire un état d'immunité permettant d'assurer la protection de la mère et du fœtus à la suite de l'exposition à un organisme visé par l'immunisation. De plus, cela offre l'occasion de protéger le nouveau-né pendant les 6 à 12 premiers mois de vie, au moyen du transfert d'anticorps par le placenta et le lait maternel.

Chez les femmes en âge d'avoir des enfants depuis peu, on devrait évaluer la susceptibilité à la rubéole, à la varicelle et à la coqueluche, et proposer les vaccins appropriés avant la grossesse, au besoin. Tout contact avec des services de santé devrait être vu comme une occasion d'assurer la protection des femmes avant la grossesse (p. ex., cliniques de planification familiale, rendez-vous chez un médecin de famille).

Pour protéger davantage la femme enceinte et en période postpartum, et son nourrisson, les membres de la famille ou du ménage devraient s'assurer d'avoir reçu tous les vaccins requis contre la coqueluche⁸⁴ et la varicelle, et d'obtenir le vaccin annuel contre la grippe.

Les recommandations suivantes sont adaptées des travaux de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC)⁸⁵ du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI)⁸⁶ et de l'Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) des États-Unis⁸⁷ :

- Avant de procéder à l'immunisation d'une femme en âge de procréer, le fournisseur de soins devrait chercher à écarter la possibilité qu'elle soit enceinte.
- Les fournisseurs de soins devraient obtenir les informations pertinents sur l'immunisation de toutes les femmes qui les consultent afin d'obtenir des soins prénatals.
- Les femmes n'étant pas enceintes qui ont été immunisées au moyen d'un vaccin vivant ou vivant-atténué devraient être avisées de reporter toute grossesse d'au moins quatre semaines.
- Les vaccins à virus vivant et vivant-atténué sont contre-indiqués pendant la grossesse, et ce, en raison de la présence d'un risque essentiellement théorique pour le fœtus; cela inclut les vaccins pour la rougeole, les oreillons, la rubéole et la varicelle.
- L'administration de vaccins viraux inactivés, de vaccins bactériens et de toxoïdes pendant la grossesse est généralement considérée comme étant sans risque; cela inclut les vaccins contre la diphtérie, le tétanos, la polio, l'hépatite A et B, le pneumocoque et les vaccins contre la grippe.
- Les femmes qui allaitent peuvent être vaccinées. Les femmes qui ne sont pas immunisées contre la rubéole devraient recevoir le vaccin avant de retourner à la maison.
- On devrait encourager fortement les femmes enceintes à recevoir le vaccin annuel contre la grippe à n'importe quel moment durant la grossesse dans le but de se protéger et de protéger leur nouveau-né, et ce, dès que le vaccin est disponible à l'automne.

- On devrait encourager fortement les femmes enceintes qui n'ont pas déjà reçu le vaccin contre la coqueluche acellulaire de se faire vacciner⁸⁸⁻⁹⁰; si l'immunisation n'est pas effectuée durant la période antepartum, le vaccin devrait être administré durant la période postpartum pour protéger la mère et, indirectement, son nouveau-né.⁸⁴

En cas d'exposition à certaines maladies Infectieuses (p. ex., hépatite B, varicelle), des immunoglobulines peuvent être administrées pour assurer l'immunisation passive (p. ex., immunoglobuline anti-hépatite B ou GHB, immunoglobuline anti-varicelle ou Varlg). Dans le cas de l'immunisation passive, un anticorps est obtenu du sérum d'une personne déjà adéquatement vaccinée ou ayant eu la maladie auparavant. L'administration de tels anticorps à une personne exposée peut offrir une protection immédiate temporaire.

Le Palivizumab est un anticorps monoclonal qui s'avère très efficace contre le VRS.⁸⁶ Il permet de prévenir le VRS chez les nouveau-nés, nourrissons et jeunes enfants atteints de maladies chroniques des poumons et de cardiopathie congénitale.⁹¹ Le Palivizumab ne constitue pas un traitement efficace du VRS et n'est pas recommandé à cette fin.^{15, 86} Le Palivizumab est coûteux, mais est administré aux nourrissons et jeunes enfants à risque admissibles dans le cadre des Programmes publics de médicaments de l'Ontario. Vous trouverez plus d'information sur ces programmes, ainsi qu'un formulaire de demande, à l'adresse suivante :

http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/drugs/funded_drug/fund_respiratory.aspx.

B. Streptocoque du groupe B (SGB)

Avant le début de son dépistage et de sa prophylaxie, le streptocoque du groupe B (SGB), ou *Streptococcus agalactiae*, était la principale cause de septicémie néonatale et de méningite en Amérique du Nord. La transmission verticale de SGB s'effectue à l'accouchement, lorsque le nouveau-né traverse le vagin colonisé de la mère. Au Canada, le taux de colonisation des mères par des SGB varie entre 10 % et 20 %⁹³, et le portage de SGB peut s'avérer passager ou intermittent durant la grossesse. Des enfants nés de mères colonisées, 50 % seront eux-mêmes colonisés.⁹⁴ D'entre eux, 2 % développeront une infection à GBS dans les sept jours suivant la naissance.⁹⁴ L'infection peut également se développer tardivement plus de sept jours après la naissance, habituellement pendant les trois prochains mois.

La prévention de l'infection précoce à SGB dépend du dépistage de l'infection chez la mère et de l'administration par intraveineuse d'une prophylaxie antibiotique intrapartum (PAI), lorsque cela est indiqué. Il est impossible de prévenir l'infection à développement tardif.

Dépistage du SGB durant la phase prénatale

Un certain nombre d'études ont démontré la valeur d'une approche universelle de dépistage du SGB par rapport à une approche fondée sur les risques.⁹⁵⁻⁹⁷ Une étude exhaustive menée en 1998 – 1999⁹⁸ a démontré que le dépistage universel s'avérait supérieur à une approche fondée sur les risques pour prévenir l'infection précoce à SGB. En 2002, les directives des Centers for Disease Control (CDC) en matière de prévention du SGB recommandaient le dépistage universel dans le but de servir de guide à la chimioprophylaxie intrapartum⁹⁹ Ces directives ont été de nouveau mises à jour en 2010.¹⁰⁰

Les directives actuelles de la SOGC recommandent de proposer à toutes les femmes de subir un test de dépistage de l'infection à SGB entre la 35^e et la 37^e semaine de grossesse.⁹⁴ On a pu démontrer que, dans la plupart des cas, la présence de SGB de la 35^e à la 37^e semaine de grossesse est fortement prédictive d'une colonisation à SGB à la naissance et à l'accouchement.^{101, 102}

*Toutes les femmes devraient faire l'objet d'un test de dépistage de l'infection à SGB entre la 35^e et la 37^e semaine de grossesse, au moyen d'une mise en culture effectuée à partir d'un écouvillonnage de la région vaginale, en premier lieu, et de la région rectale par la suite.
Les mères colonisées par des SGB devraient recevoir une PAI durant le travail.*

Les programmes de dépistage universel posent quantité de difficultés, y compris :

- le dépistage devrait avoir lieu entre la 35^e et la 37^e semaine de grossesse;
- les résultats du dépistage devraient être disponibles au moment du travail;
- l'adoption de procédures de laboratoire non optimales ou le prélèvement d'échantillons inadéquats peut entraîner l'obtention de résultats faussement négatifs;
- l'adoption de telles mesures peut faire en sorte qu'on ne prenne pas de mesures pour les femmes dont l'état de colonisation n'est pas connu au moment de l'accouchement, y compris celles qui donnent naissance à leur enfant avant la 35^e ou 37^e semaine de grossesse.¹⁰³

Prophylaxie visant les SGB

L'utilisation de PAI pour les situations à haut risque¹⁰⁴ entraîne une baisse du risque d'infection SGB à début précoce chez les nouveau-nés, ainsi qu'une baisse de la morbidité périnatale chez les femmes colonisées.¹⁰⁵ Une méta-analyse a indiqué une incidence d'infection à SGB à début précoce 30 fois moindre, grâce à l'administration d'une PAI aux femmes colonisées par des SGB.¹⁰⁶

La PAI est indiquée dans les cas suivants^{100, 104} :

- mères colonisées par le SGB durant la grossesse en cours, à moins qu'on n'effectue un accouchement par césarienne avec membrane amniotique intacte et absence de travail;
- mères dont on ne sait pas si elles ont le SGB, mais chez qui on reconnaît un des facteurs de risque suivants :
 - accouchement avant la 37^e semaine de grossesse
 - rupture de la membrane amniotique depuis 18 heures ou plus
 - fièvre intrapartum d'au moins 38°C
- mères qui ont contracté une bactériurie à SGB pendant la grossesse en cours, quel que soit le résultat du test de dépistage du SGB (le cas échéant);
- mères d'enfants atteints d'infection invasive à SGB, quel que soit le résultat obtenu au test de dépistage du SGB (le cas échéant).

La PAI n'est pas indiquée dans les cas suivants¹⁰⁰ :

- mères ayant un résultat positif au dépistage des infections à SGB lors d'une grossesse précédente (à moins qu'un résultat positif ait également été obtenu lors de la présente grossesse);
- mères pour qui on prévoit un accouchement par césarienne en présence d'une membrane amniotique intacte et en l'absence de travail, sans égard au résultat obtenu au dépistage du SGB;
- mères qui ont eu un résultat négatif au test de dépistage du SGB vaginal et rectal à la fin de la présente grossesse, sans égard aux facteurs de risque intrapartum (p.ex., moins de 37 semaines de grossesse, 18 heures ou plus depuis la rupture des membranes, température de 38°C ou plus).

Les mères qui ont de la fièvre durant l'accouchement (température d'au moins 38°C) pourront avoir développé une chorioamnionite. Son traitement (p. ex., ampicilline et gentamicine) devrait être envisagé sans égard au résultat au test de dépistage du SGB.

Chaque cas d'infection à SGB à début précoce devrait être revu à des fins d'amélioration des processus en place.

Les bêta-lactamines (p. ex., pénicillines, ampicillines) administrées dans les quatre heures précédant l'accouchement sont très efficaces pour prévenir l'infection précoce à SGB. Dans certaines régions, la résistance à l'érythromycine et à la clindamycine augmente et il n'est plus possible d'utiliser ces antibiotiques à des fins de prophylaxie à moins que la sensibilité de l'isolat de la mère ait été documentée.^{93, 107-109}

En raison du risque de résistance antimicrobienne, on préfère la pénicilline à l'ampicilline. En ce qui concerne les mères allergiques à la pénicilline¹⁰⁰ :

- si le risque d'anaphylaxie est faible (aucune réaction d'hypersensibilité antérieure immédiate, notamment d'anaphylaxie, d'œdème de Quincke, de détresse respiratoire ou d'urticaire), la céphazoline est l'antibiotique de choix.
 - si le risque d'anaphylaxie est élevé, la clindamycine ou l'érythromycine est recommandée, si la sensibilité de l'isolat a été établie. Si l'isolat présente une résistance à la clindamycine ou à l'érythromycine, ou si on ne connaît pas la sensibilité, la vancomycine devrait être utilisée.
- Consulter la section II, Exemples de politiques et de procédures en périnatalogie, *Streptocoque du groupe B (SGB)*, pour obtenir un exemple de **politique** régissant les soins aux femmes enceintes ayant une infection à SGB.

Les mères colonisées par le SGB qui ont une rupture prolongée des membranes précédant l'accouchement sont de bonnes candidates à la provocation de l'accouchement, puisqu'un lien a pu être établi entre la prise en charge non interventionniste et des taux d'infection néonatale accrus. Au moment de provoquer l'accouchement, il peut être souhaitable de privilégier l'oxytocine, administré par intraveineuse, plutôt que la prostaglandine.¹¹⁰ Les mères devraient aussi recevoir une PAI durant le travail.

Prélèvement d'échantillons de SGB

Les cultures devraient être effectuées entre la 35^e et la 37^e semaine de grossesse afin de pouvoir prédire avec le plus d'exactitude possible l'état de l'infection à SGB et assurer la disponibilité des résultats au moment de l'accouchement.^{94, 100} Les cultures prises plus de cinq semaines avant l'accouchement et affichant des résultats négatifs n'offrent pas d'indication fiable de la colonisation par des SGB au moment de l'accouchement, étant donné que la colonisation est passagère et intermittente.¹⁰⁰

L'échantillonnage recto-vaginal se prête davantage à la détection des SGB que l'échantillonnage vaginal et l'échantillonnage rectal à eux seuls.¹¹¹ Dans le cas des SGB, on recommande l'exécution d'un seul écouvillonnage de la région vaginale, en premier lieu, et de la région rectale par la suite.^{94, 100}

L'écouvillonnage peut être exécuté par un fournisseur de soins de santé ou la femme enceinte, sur réception de directives. Les écouvillonnages devraient être maintenus à la température ambiante durant le transport et être mis en culture dans les 24 heures suivant leur prélèvement. Un bouillon d'enrichissement devrait être prévu avant l'étalement pour maximiser la récupération de l'échantillon.^{100, 112}

Des tests rapides fondés sur une réaction en chaîne de la polymérase (RCP) avec un délai d'exécution de 1,5 à 2,5 heures, sont en cours d'élaboration et donnent des résultats prometteurs sur le plan de l'évaluation de l'état des SGB durant le travail, particulièrement lorsqu'une étape d'enrichissement est prévue.^{100, 113, 114} Les dosages de la RCP offrent une meilleure sensibilité que les cultures traditionnelles¹¹⁴⁻¹¹⁶ et le dépistage fondé sur les facteurs de risque¹¹⁷, et, lorsqu'ils sont disponibles, peuvent être utilisés auprès des femmes qui accouchent de façon prématurée ou dont la colonisation par les SGB, à l'accouchement, n'a pas été déterminée.¹¹⁸⁻¹²⁰

- Pour la gestion des bébés nés de mères colonisées par le SGB, consulter le document de principes FN 2007-03 de la Société canadienne de pédiatrie intitulé *La prise en charge du nourrisson plus vulnérable à la septicémie*,¹²¹ disponible à l'adresse suivante : <http://www.cps.ca/francais/enonces/FN/FN07-03.pdf>.

C. Virus de l'herpès simple (VHS)

VHS chez la mère

L'incidence d'herpès génital parmi les femmes enceintes au Canada varie de 7 % à 28 % et affiche un taux ajusté selon l'âge de 17 %.¹²² L'infection maternelle à VHS semble contribuer de façon significative aux fausses-couches durant le premier trimestre¹²³ et peut entraîner une infection néonatale à VHS, bien que cela soit plus rare (5,9 cas pour 100 000 naissances vivantes au Canada en 2006).¹²⁴

Le dépistage du VHS chez les femmes enceintes n'est pas recommandé.^{15, 125} Durant l'accouchement, les lésions suspectes devraient faire l'objet d'analyses qui faciliteront la gestion subséquente du nouveau-né.¹⁵ L'utilisation de dosages PCR rapides pour détecter le VSH dans les sécrétions vaginales des femmes qui accouchent donne des résultats prometteurs sur le plan de l'identification des nouveau-nés à risque d'infection.¹²⁶

Chez les femmes affichant une infection génitale active à VHS, il est recommandé d'éviter le monitoring cardiaque du cuir chevelu et les prélèvements sur le cuir chevelu fœtal,^{15, 127, 128} étant donné que cela pourrait donner au virus une porte d'entrée. L'utilisation de tout dispositif de surveillance intra-utérine devrait faire l'objet d'une évaluation rigoureuse. Le recours à une césarienne est indiqué chez toutes les femmes présentant des lésions d'infection génitale ou un prodrome herpétique typique au moment de l'accouchement.

L'adoption de pratiques de base de prévention et de contrôle des infections peut suffire auprès des mères qui ont une infection génitale ou buccale à VHS étant donné qu'elles affichent un risque minimal de contamination des autres mères. On devrait conseiller aux personnes affichant un herpès naso-labial actif (c'est-à-dire feu sauvage) d'éviter tout contact avec le nouveau-né, si possible. Si ce n'est pas possible, des pratiques d'hygiène des mains doivent être adoptées avant tout contact. Les mères et les membres de la famille qui présentent des lésions d'herpès oral devraient obtenir des instructions sur les pratiques à suivre (p. ex., pratiquer une bonne hygiène des mains, éviter de toucher les lésions, éviter d'embrasser le nouveau-né. Des cas de transmission du VHS d'un conjoint colonisé au nouveau-né ont été documentés.

Les parents ayant contracté le panaris herpétique devraient appliquer les mesures d'hygiène des mains recommandées et porter des gants avant de manipuler leur nouveau-né. Cependant, il n'existe actuellement aucune preuve à l'appui de l'efficacité des gants pour prévenir la transmission dans un tel cas. Les autres membres de la famille ayant le panaris herpétique ne devraient pas entrer en contact direct avec le nouveau-né tant que la lésion n'est pas guérie.

VHS chez le nouveau-né

Phénomènes rares, **les infections congénitales à VHS** proviennent de l'acquisition fœtale du VHS *in utero*. Ce type d'infection est toutefois grave, et peut entraîner la mort intra-utérine.

Par « **infection néonatale à VHS** », on entend l'acquisition de l'infection au moment de l'accouchement ou peu avant, par l'intermédiaire d'une exposition au virus se trouvant dans le tractus génital maternel. Le risque d'infection néonatale atteint son apogée lorsque l'infection primaire maternelle survient au cours du troisième trimestre.¹²⁸ Dans un tel cas, la mère contracte l'infection mais s'avère incapable de développer des anticorps protecteurs avant l'accouchement. Cela entraîne un risque d'infection néonatale au virus de l'herpès entre 25 % et 60 %.¹⁵ La plupart des femmes qui donnent naissance à un bébé ayant une infection néonatale à VHS au moment d'accoucher n'ont aucun antécédent de telle infection et aucune lésion au moment de l'accouchement.

Les nouveau-nés peuvent aussi contracter une infection à VHS au contact de lésions après la naissance. Si la mère présente des lésions actives sur un sein, l'allaitement à l'aide de ce sein est contre-indiqué. La mère peut allaiter ou extraire du lait maternel au moyen du sein intact. Elle doit toutefois être

sensibilisée aux pratiques d'hygiène des mains avant de manipuler son nouveau ou d'extraire son lait maternel.

Les nouveau-nés de mères colonisées présentant des lésions, qui sont nés par voie naturelle ou par césarienne après la rupture des membranes, devraient être installés dans la chambre de la mère, si possible. Ils devraient être tenus à l'écart des autres nouveau-nés et faire l'objet de précautions contre les contacts s'ils doivent être placés à la pouponnière pendant la période d'incubation.¹⁵ Le nouveau-né peut également être installé auprès de sa mère dans une chambre individuelle après qu'on a expliqué à la mère les mesures préventives appropriées à prendre pour éviter la transmission de l'infection durant la période postpartum.¹²⁷

Les infections néonatales se manifestent habituellement plus de 48 heures après l'accouchement, mais parfois jusqu'à six semaines après la naissance. Il y a lieu d'observer attentivement les résultats cliniques et résultats de laboratoire des nouveau-nés ne présentant aucun symptôme à la naissance aux fins de détection des signes apparentés à l'infection à VHS. Ces signes peuvent inclure la fièvre, les éruptions vésiculaires, l'hypothermie, la léthargie, les convulsions, la détresse respiratoire grave, le trouble hépatique, la thrombocytopénie, la pléocytose ou la protéinose du LCS.^{15, 129, 130} Les bébés asymptomatiques nés de mères colonisées présentant des lésions génitales devraient faire l'objet d'un test de dépistage du VHS dans les 12 à 24 heures après la naissance.

Les nouveau-nés colonisés, qui présentent des symptômes d'infection au VHS, devraient être isolés et faire l'objet de précautions contre les contacts durant toute la durée de la maladie.¹⁵

Un traitement antiviral devrait être mis en œuvre immédiatement si l'on soupçonne une infection à VHS. L'acyclovir administré par intraveineuse est privilégié pour le traitement de l'infection néonatale à VHS. Pour connaître les recommandations actuelles en matière de traitement, consulter le *Red Book* de l'American Academy of Pediatrics.¹⁵

- Se reporter à la section II, Exemples de politiques et de procédures en périnatalogie, [Virus de l'herpès simple \(VHS\)](#) pour consulter un guide sur l'élaboration d'une politique régissant les soins aux femmes enceintes ayant le VHS, qui comprend des recommandations sur l'examen des bébés nés de mères ayant une infection à VHS.

D. Virus de l'hépatite B (VHB)

VHB chez la mère

Le dépistage de l'antigène de l'hépatite B de surface (AgHBs) est recommandé pour toutes les femmes en période prénatale. Les femmes enceintes porteuses de l'AgHBs courent un risque accru d'accouchement prématuré.¹³¹ Les femmes porteuses du VHB qui ont un ADN du VHB élevé sont également susceptibles de transmettre le VHB à leur nourrisson.^{132, 133} On devrait envisager d'aiguiller vers un spécialiste les mères chez qui on a détecté l'AgHBs, à des fins d'évaluation de la possibilité d'administrer un traitement antiviral.

Parmi les recommandations générales relatives au VHB chez la mère figurent :

- Inclure le dépistage sérologique de l'AgHBs aux soins prénatals de base pour toutes les femmes enceintes^{15, 127, 134}
- Informer les femmes enceintes ayant une infection chronique à VHB des risques de transmission et des moyens d'éviter l'infection chez le nouveau-né¹²⁷
- Offrir de vacciner contre le VHB les femmes enceintes non immunisées qui ont obtenu des résultats négatifs au test de dépistage de l'AgHBs mais affichent des facteurs de risque de VHB^{15, 127}
- L'allaitement n'est pas contre-indiqué chez les femmes atteintes d'hépatite B.¹⁵

- On devrait appliquer les pratiques de base aux mères atteintes d'hépatite B.^{2, 15}

VHB chez le nouveau-né

Les bébés nés de mères chez qui on a dépisté l'antigène HBs (AgHBs) courent le risque de développer une infection à VHB en raison de l'exposition au sang maternel durant le travail et l'accouchement. Le risque de transmission périnatale s'élève à entre 70 % à 90 % parmi les mères chez qui on a détecté à la fois l'AgHBs et l'antigène «e» de l'hépatite B (HBe-Ag), si un traitement prophylactique approprié n'a pas été entrepris en temps opportun.¹²⁷

Selon certaines études, l'administration d'immunoglobuline anti-hépatite B (GAHB) et du vaccin contre le VHB après la naissance entraîne des réductions considérables de l'infection à VHB. Lorsqu'on administre le vaccin contre le VHB et la GIHB immédiatement après la naissance, moins de 5 % des nouveau-nés développent une infection chronique, soit une réduction du taux de transmission de près de 90 %. L'administration simultanée de la GIHB et du vaccin contre le VHB peut produire une protection immédiate et l'immunité à long terme.

- Se reporter à la [section II, Exemples de politiques et de procédures en périnatalogie, Virus de l'hépatite B \(VHB\)](#), pour consulter un guide d'élaboration d'une politique régissant les soins aux femmes enceintes atteintes du VHB.

Parmi les recommandations générales pour le nouveau-né figurent :

- Les bébés nés de mères chez qui on a dépisté l'antigène HBs (AgHBs) devraient recevoir de l'immunoglobuline anti-hépatite B (GIHB) et le vaccin contre le VHB, administrés de façon simultanée à deux endroits différents sur le corps, dans les 12 heures après la naissance; on devrait avertir les services de la santé publique pour veiller à ce que l'enfant reçoivent les doses additionnelles du vaccin contre le VHB.^{15, 127, 134-137} Si le nouveau-né pèse moins de deux kilogrammes, il est nécessaire d'administrer une 4^e dose du vaccin. On devrait aussi évaluer l'état de la mère dans les 12 heures suivantes.¹⁵
- Les bébés nés de mères dont on ne sait pas si elles sont porteuses de l'AgHBs et on ne le saura pas dans les 12 heures suivant l'accouchement devraient recevoir le vaccin contre le VHB (accompagné de la GIHB si le nouveau-né pèse moins de deux kilogrammes à la naissance). On devrait considérer attentivement l'administration du vaccin et de la GIHB, en tenant compte des facteurs de risque de la mère.^{15, 86, 127}
- Il est conseillé de procéder au dépistage de l'anti-HBs et de l'AgHBs entre le 9^e et le 18^e mois.¹⁵
- Lorsqu'on peut le faire en toute sécurité, on devrait laver complètement les bébés nés de mères chez qui on a dépisté l'antigène HBs (AgHBs) pour éliminer tout sang maternel avant d'administrer toute médication injectée. En cas d'urgence, les sites d'injection doivent être nettoyés complètement avant l'administration de médicaments.
- On devrait appliquer les pratiques de base auprès des nouveau-nés exposés à l'hépatite B.²

E. Virus de l'hépatite C (VHC)

Le virus de l'hépatite C (VHC) se transmet principalement par l'usage de drogues à injecter et l'exposition parentérale à du sang ou des produits sanguins de personnes infectées par le virus de l'hépatite C (VHC). Au Canada, la prévalence du VHC parmi les femmes enceintes est basse (0,68 % à 4,5 %), et on estime à entre 5 % et 6 % le taux de transmission du virus de la mère au nouveau-né.¹³⁸ Le taux de transmission verticale du VHC chez les femmes infectées à la fois par le VHC et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) pourrait atteindre 60 %.¹³⁸

VHC chez la mère

On n'a identifié jusqu'à présent aucune intervention efficace permettant de réduire le risque de transmission du VHC de la mère à l'enfant.¹³⁹ Il n'est pas recommandé de procéder au dépistage universel du VHC.^{15, 127, 138, 140} L'accouchement par césarienne n'entraîne aucune réduction de l'incidence de transmission périnatal du VHC de la mère au nouveau-né et n'est pas recommandé à cette fin.¹⁴¹⁻¹⁴⁴ Le traitement du VHC est contre-indiqué durant la grossesse.¹⁴⁵

Les recommandations générales pour les mères incluent ce qui suit :

- Proposer aux mères à risque élevé de développer l'hépatite C,^{127, 138, 140} c'est-à-dire les usagères de drogues à injecter, les personnes ayant bénéficié de dons de sang ou de dons d'organes pleins avant 1992, les personnes ayant un résultat positif au test de dépistage du VIH, les personnes tatouées et les personnes suivant un traitement d'hémodialyse, de subir un test de dépistage du VHC.¹⁵
- L'allaitement n'est pas contre-indiqué.^{15, 127, 138, 139} Les mères devraient envisager de ne pas allaiter si leurs mamelons sont craquelés, et s'ils saignent.^{15, 142}
- On devrait appliquer les pratiques de base aux mères atteintes d'hépatite C.¹³⁸
- Se reporter à la [section II, Exemples de politiques et de procédures en périnatalogie, *Virus de l'hépatite C \(VHC\)*](#), pour consulter un guide d'élaboration d'une politique régissant les soins aux femmes enceintes atteintes du VHC.

VHC chez le nouveau-né

La présence du VHC chez la mère est un facteur de risque de mauvais résultats périnatals chez le nouveau-né. Une surveillance attentive est donc requise.¹⁴⁶ Les nouveau-nés qui développent l'hépatite C sont très susceptibles de développer une infection chronique.^{138, 145}

Les recommandations pour les nouveau-nés incluent ce qui suit :

- Les bébés nés de mères infectées par le VHC devraient faire l'objet d'une analyse après l'âge de 18 mois pour vérifier la présence d'une infection à VHC.^{15, 127, 138, 142}
- Lorsqu'on peut le faire en toute sécurité, on devrait laver complètement les bébés nés de mères infectées par le VHC pour éliminer tout sang maternel avant d'administrer toute médication injectée. En cas d'urgence, les sites d'injection doivent être nettoyés complètement avant l'administration de médicaments.
- On devrait appliquer les pratiques de base auprès des bébés de mères infectées par le VHC.¹³⁸

F. Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

Les femmes représentent 26 % de toutes les personnes atteintes du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Canada; la majorité des femmes atteintes sont en âge d'avoir des enfants.¹⁴⁷ Le dépistage et la gestion précoces de l'infection à VIH chez ces femmes, et la gestion spécialisée des femmes enceintes infectées à VIH (ou à risque de VIH) et de leur nouveau-né, peuvent réduire de façon considérable le risque de transmission périnatale du VIH.¹⁴⁸ Le nombre de bébés nés de mères infectées à VIH au Canada augmente progressivement depuis 1996, mais la proportion de nouveau-nés exposés au VIH qui ont été infectés a baissé de 33 % en 1996 à < 1,7 % en 2009.¹⁴⁷

Les femmes enceintes à risque élevé de VIH incluent :

- Les femmes présentant des facteurs de risque géographiques¹⁴⁹ liés à leur récente immigration de :
 - l'Afrique subsaharienne
 - l'Asie du Sud ou du Sud-Est

- Les femmes présentant des facteurs de risque comportementaux :
 - relations sexuelles sans protection avec plusieurs partenaires
 - consommation de drogues à injecter

VIH chez la mère

Le dépistage systématique facilite l'identification des femmes enceintes infectées, ce qui permet de réduire le taux de transmission verticale par l'administration d'un traitement approprié. La gestion maternelle, périnatale et néonatale peut inclure l'administration d'un traitement antirétroviral chez la mère et l'enfant. On peut administrer en toute sécurité un traitement antirétroviral chez la mère durant la grossesse et l'accouchement. L'administration d'un traitement antiviral chez le nouveau-né présente un risque minimal de toxicité.

Les recommandations générales pour les mères incluent ce qui suit :

- Toutes les femmes enceintes devraient subir un test de dépistage du VIH au cours de leur première visite prénatale, accompagné de counseling approprié.^{15, 127, 148, 150, 151}
- Les femmes qui sont séronégatives pour le VIH et qui continuent de présenter un risque d'exposition élevé au VIH devraient subir un nouveau test de dépistage tous les trois mois.^{148, 151-153}
- Les femmes ne recevant aucun soin prénatal et dont l'état à l'égard du VIH est inconnu :
 - devraient faire l'objet d'une évaluation du risque d'infection à VIH;
 - devraient subir un test de dépistage du VIH, au moment de leur hospitalisation aux fins du travail et de l'accouchement;^{27, 148}
 - devraient se voir offrir une prophylaxie contre le VIH à l'étape du travail si elles sont à haut risque élevé et qu'un test de dépistage rapide n'est pas disponible. Idéalement, tous les établissements qui offrent des soins obstétricaux devraient offrir le test de dépistage rapide aux femmes à risque élevé qui accouchent.
- On devrait recommander aux femmes séropositives qui affichent une charge virale supérieure à 1000 copies par mL, sans égard au traitement antiviral, de procéder à un accouchement par césarienne durant la 38^e semaine de grossesse.^{15, 127, 154-156}
- Les femmes qui obtiennent un résultat positif au test de dépistage du VIH devraient être suivies par des praticiens disposant des connaissances nécessaires sur les soins à prodiguer aux femmes séropositives (p. ex. obstétricienne et spécialiste du VIH).^{148, 150, 154}
- Durant le travail, il faut éviter le monitoring du cœur fœtal, le prélèvement du pH au niveau du cuir chevelu, les mesures de pression intra-utérine et la rupture artificielle des membranes afin de réduire le risque de transmission de l'infection au nouveau-né.¹⁵⁴
- L'allaitement est contre-indiqué chez les mères séropositives.^{15, 127, 150, 154}
- On devrait appliquer les pratiques de base auprès des mères séropositives.^{127, 150, 154}

Pour obtenir de plus amples renseignements :

- Se reporter à la section II, Exemples de politiques et de procédures en périnatalogie, Virus de l'immunodéficience humaine (VIH), pour consulter un guide d'élaboration d'une politique régissant les soins aux femmes enceintes atteintes du VIH.
- Consulter le document *Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1-Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States*, du U.S. Department of Health and Human Services, disponible à l'adresse suivante : <http://aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/PerinatalGL.pdf>.

VIH chez le nouveau-né

Les recommandations pour les nouveau-nés incluent :

- Lorsqu'on peut le faire en toute sécurité, on devrait laver complètement les bébés nés de mères séropositives pour éliminer tout sang maternel avant d'administrer toute médication à injecter. En cas d'urgence, les sites d'injection doivent être nettoyés complètement avant l'administration de médicaments.^{150, 154}
- Il est recommandé de consulter une équipe de pédiatres spécialisés dans le traitement du VIH et œuvrant au sein d'un centre de traitement du VIH pour les enfants dans le cadre du traitement de tout nouveau-né dont la mère est séropositive ou jugée à risque élevé de séropositivité.¹⁵⁰
- On devrait administrer une prophylaxie contre le VIH dès que possible après la naissance aux bébés nés de mères séropositives ou de mères dont la séropositivité ou la séronégativité n'a pas été déterminée mais qui sont jugées à risque à la suite d'une évaluation des risques.^{148, 154}
- Chez les bébés nés de mères séropositives, un test de dépistage de l'ADN du VIH devrait être administré dans les 14 à 21 jours après la naissance¹²⁷ à l'aide de la RCP.¹⁵ si le résultat est négatif, on devrait répéter le test une fois que l'enfant a atteint un ou deux mois,^{15, 127} puis quatre ou six mois.^{15, 157}
- On devrait appliquer les pratiques de base auprès des bébés nés de mères séropositives.¹²⁷

G. Varicelle

Bien que la varicelle soit relativement peu courante au sein de la population des femmes enceintes, elle peut entraîner une morbidité et une mortalité maternelles et fœtales très importantes. La varicelle peut être compliquée par une pneumonie chez jusqu'à 28 % des femmes enceintes, ce qui entraîne un risque de mortalité. Si elle n'est pas traitée, la varicelle maternelle survenant de cinq jours avant jusqu'à deux jours après l'accouchement est associée à une varicelle néonatale grave chez de 17 % à 30 % des nouveau-nés et à un taux de létalité pouvant atteindre jusqu'à 31 %. La varicelle peut occasionner le syndrome de varicelle congénitale dans 1 % ou 2 % des cas.

Varicelle maternelle

- On devrait vérifier l'immunité à la varicelle (antécédents de varicelle ou obtention du vaccin contre la varicelle) avant la grossesse et recommander la vaccination aux femmes en âge d'avoir des enfants qui ne sont pas enceintes.⁸⁶ Le vaccin contre la varicelle ne devrait pas être administré durant la grossesse.^{85, 86}
- L'allaitement ne constitue pas une contre-indication à la vaccination contre la varicelle.^{15, 85, 86}
- Les femmes vulnérables qui ont été exposées à la varicelle devraient se voir offrir de l'immunoglobuline contre le virus varicelle-zona dans les 96 heures suivant l'exposition, dans l'espoir de prévenir la maladie ou d'atténuer la gravité de l'infection chez la mère⁸⁶, ainsi que le risque de syndrome de varicelle congénitale.¹⁵⁸
- Les femmes enceintes vulnérables qui sont exposées à la varicelle et ont été hospitalisées au cours de la période de transmissibilité devraient être soumises à des précautions contre la transmission par voie aérienne.
- Les mères qui développent la varicelle devraient être soumises à des précautions contre la transmission par voie aérienne pendant au moins cinq jours après le début de l'éruption, jusqu'à ce que toutes les lésions soient recouvertes de croûtes.¹⁵
- Les soins aux femmes atteintes devraient être prodigués uniquement par du personnel immunisé.²

- Seules les parents et visiteurs immunisés peuvent rendre visite.

Varicelle chez le nouveau-né

- Les nouveau-nés exposés* devraient être soumis à des précautions contre la transmission par voie aérienne pendant 8 à 21 jours après l'exposition (ou jusqu'à 21 jours après l'exposition dans le cas de l'administration de Varlg).¹⁵
- On devrait administrer de la Varlg aux nouveau-nés exposés*.⁸⁶
- Les nouveau-nés qui développent la varicelle devraient être soumis à des précautions contre la transmission par voie aérienne pendant au moins cinq jours après le début de l'éruption, jusqu'à ce que toutes les lésions soient recouvertes de croûtes.¹⁵
- Les soins aux nouveau-nés atteints devraient être prodigués uniquement par du personnel immunisé.²
- Seules les parents et visiteurs immunisés peuvent rendre visite.

*** Nouveau-né exposé :** Apparition de la varicelle chez la mère cinq jours ou moins avant l'accouchement ou dans les 48 heures suivant l'accouchement, ou exposition à la pouponnière ou à l'UNSI.

- Se reporter à la section II, Exemples de politiques et de procédures en périnatalogie, Virus varicelle-zona, pour consulter un guide d'élaboration d'une politique régissant les soins aux femmes enceintes atteintes du VHB.

H. Grippe

Il a été démontré que les femmes enceintes courent un risque accru de maladie grave, d'hospitalisation et de décès des suites de complications associées à la grippe.^{15, 74, 86} La vaccination des mères contre la grippe est une stratégie comportant des avantages considérables pour les mères et leurs nourrissons. La vaccination de la mère empêche la mère et son nouveau-né de développer la grippe⁷⁷ et réduit le risque de prématurité et d'hospitalisation de la mère et du nouveau-né en raison de la grippe.⁷⁴ Le vaccin contre la grippe ne comporte aucun danger durant les différentes étapes de la grossesse et de l'allaitement.^{15, 86} On devrait encourager les femmes enceintes à se faire vacciner contre la grippe.⁸⁵ L'allaitement à la suite de l'immunisation n'occasionne aucun risque.^{15, 86} Les membres de ménages et autres personnes qui entretiennent des liens étroits avec des femmes enceintes et des nouveau-nés devraient aussi être immunisés contre la grippe.

Grippe chez la mère

Avant l'accouchement, les femmes enceintes hospitalisées présentant une infection aiguë des voies respiratoires¹⁵⁹ :

- devraient être placées dans une chambre individuelle et faire l'objet de précautions contre la transmission par contact et par gouttelettes
- devraient faire l'objet d'un test de dépistage de la grippe
- devraient recevoir des directives concernant l'étiquette respiratoire et l'hygiène des mains
- devraient porter un masque lors de leur transport à l'extérieur de la chambre.

Durant le travail et l'accouchement, les mères qui ont la grippe devraient continuer de faire l'objet de précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes. Des précautions devraient être prises jusqu'au 5^e jour après la déclaration de la grippe ou jusqu'à 24 heures après la fin de la fièvre et des symptômes respiratoires, selon ce qui est le plus long.¹⁵⁹

Après l'accouchement, il est recommandé de sensibiliser les mères aux risques de contact avec le nouveau-né et de leur offrir le choix entre partager la chambre avec lui ou le placer dans la pouponnière. Si la mère choisit de partager la chambre avec son nouveau-né, elle devrait recevoir des directives sur la façon de réduire la transmission (p. ex., hygiène des mains, étiquette respiratoire, port du masque).

Les membres de la famille et visiteurs devraient recevoir des directives sur l'étiquette respiratoire, l'hygiène des mains et le port du masque à moins de deux mètres de la mère.¹⁵⁹ Les visiteurs devraient limiter leurs mouvements au sein de l'établissement. Les personnes ayant une infection aiguë des voies respiratoires ne devraient pas rendre visite aux mères et nouveau-nés.

Si le nouveau-né d'une mère chez qui on détecte ou soupçonne une grippe est placé dans la pouponnière plutôt que dans la chambre de la mère, la mère ne devrait pas entrer dans la pouponnière ou l'UNSI avant le 5^e jour suivant la déclaration de la grippe.¹⁵⁹ Les fournisseurs de soins ou membres de la famille qui présentent des symptômes de grippe ne devraient pas entrer dans la pouponnière ou l'UNSI.

Grippe chez le nouveau-né

Les nouveau-nés qui développent des symptômes de grippe devraient faire l'objet de précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes.¹⁵⁹

Recommandations en matière d'infections périnatales :

- 5. Tous les programmes aux mères et nouveau-nés devraient établir un processus visant à assurer l'immunisation appropriée des femmes en âge d'avoir des enfants.**
- 6. Tous les programmes aux mères et nouveau-nés devraient établir des politiques et procédures pour prévenir la transmission verticale du streptocoque du groupe B (SGB), de l'herpès simple (VHS), de l'hépatite B (VHB), du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et de la grippe.**

5. Nutrition

A. Lait maternel extrait (LME)

Le lait maternel est le choix alimentaire par excellence pour les nouveau-nés. En même temps, le lait maternel est un liquide organique susceptible d'inclure des agents pathogènes acquis de façon intrinsèque (de la mère) ou extrinsèque (contaminé durant son expression ou sa manipulation). Il a été démontré que la manipulation incorrecte du lait maternel peut entraîner sa contamination par des agents pathogènes liés à des infections associées aux soins de santé comme le *Staphylococcus aureus*, y compris le SARM,¹⁶⁰ le Streptocoque du groupe B,^{161, 162} la *Klebsiella pneumoniae*¹⁶³ et les *Pseudomonas*.¹⁶⁴

Pour minimiser les risques d'infection du nouveau-né, le lait maternel doit être extrait, manipulé, décongelé, conservé et administré en toute sécurité. Comme pour tout autre liquide organique, on doit suivre les pratiques de base au moment de manipuler du lait maternel. Toute personne qui s'apprête à manipuler du LME doit auparavant se laver les mains. Le personnel doit porter des gants pour manipuler le LME dès qu'il existe un risque de contact du lait avec les mains. On doit aussi se laver les mains après avoir manipulé du LME.

Dans les grands établissements, il y a peut-être lieu d'aménager une salle centrale de préparation du lait pour réduire l'incidence de contamination microbienne des boires.¹⁶⁵

Extraction du lait maternel¹⁶⁶

- La mère doit recevoir des directives sur l'extraction du lait maternel, l'importance de l'hygiène des mains et les principes de base de l'asepsie lors de l'extraction et de la manipulation du lait maternel.
- Le contenant du lait doit faire mention du contenu et doit porter le nom du nourrisson et de la mère, le numéro d'identification de l'hôpital, la date/l'heure de l'extraction du lait; on recommande fortement d'utiliser des étiquettes pré-imprimées.
- Les mesures prises pour éduquer les parents devraient être consignées dans le dossier médical de la mère.
- Pour chaque séance de pompage, la mère devrait utiliser un biberon stérile à usage unique, doté d'un capuchon stérile, surtout dans le cas des nouveau-nés exigeant des soins intensifs.^{166, 167}
- Consulter la section *Nettoyage et désinfection du matériel d'alimentation* pour obtenir des renseignements sur le retraitement du matériel servant à l'alimentation des nourrissons.

On doit faire très attention de donner au nouveau-né le lait maternel lui étant destiné.

Conservation du LME^{166, 168}

- Chaque contenant portant une étiquette doit indiquer la date et l'heure de congélation et de décongélation, si on n'utilise pas le lait immédiatement.
- Le LME frais doit être conservé au froid pendant le transport vers l'hôpital (par exemple, au moyen de glacières ou de blocs réfrigérants).
- Chaque mère devrait avoir accès à son propre contenant étiqueté pour la congélation du lait de son nourrisson.

Se reporter au Tableau 3 pour connaître les critères de conservation des aliments pour nouveau-nés.

Tableau 3 : Critères de conservation des aliments pour nouveau-nés

Température du réfrigérateur (4° C)	Température ambiante (20° C)	Temps maximal alloué	Référence	Commentaires
Lait maternel fraîchement extrait (LME)				
	✓	4 heures	169	Jeter le LME inutilisé.
✓		48 heures	168	Ne pas remettre au réfrigérateur le lait maternel non utilisé qui a été à la température ambiante. Surveiller la température du réfrigérateur.
Lait humain pasteurisé				
✓		48 heures		
LME décongelé				
✓		24 heures	168	Ne pas congeler de nouveau le LME décongelé.
Boires préparés (avec ou sans additifs)				
	✓	< 2 heures		Ne pas laisser les boires préparés à la température ambiante. Si on ne les sert pas immédiatement, conserver les boires préparés à 4 °C ou moins.
✓		24 heures		
LME surgelé				
Surgelé (compartiment du réfrigérateur pour aliments surgelés)		2 semaines	168	Congeler le LME dans les 24 heures suivant son extraction.
Surgelé (compartiment pour produits surgelés séparé du réfrigérateur par sa propre porte)		3 mois	168	Congeler le LME dans les 24 heures suivant son extraction.
Surgelé (congélation à basse température)		6 mois	168	Congeler le LME dans les 24 heures suivant son extraction.

Administration du LME

On devrait suivre les pratiques de base (p. ex., hygiène des mains) au moment d'administrer du LME.¹⁶⁶ Un système devrait être en place pour vérifier, avant chaque boire de LME, que le nourrisson reçoit bien le lait maternel qui lui est destiné. À tout le moins, un mécanisme de double vérification devrait être utilisé au moment d'administrer le LME pour éviter les erreurs d'administration. Dans les établissements comptant un grand nombre de mères qui extraient leur lait, on devrait envisager l'utilisation de systèmes automatisés, comme des codes à barres et des systèmes d'identification directe de patients,^{166, 170} pour éviter les erreurs d'administration.¹⁶⁶

Les boires administrés en continu doivent être remplacés tous quatre heures. Les dispositifs d'administration doivent aussi être remplacés tous les quatre heures.

Erreurs d'administration du LME¹⁶⁶

Une politique écrite exhaustive, comprenant des mesures de divulgation et une marche à suivre, devrait être établie en cas d'erreurs d'administration du lait maternel. On devrait procéder au dépistage viral chez la mère donneuse et la mère bénéficiaire, ainsi que chez le nouveau-né bénéficiaire, et à l'administration au nouveau-né d'une prophylaxie après le boire, au besoin.¹⁶⁶ Dans les établissements qui auront rapidement accès aux résultats des tests virologiques, c'est-à-dire dans un délai de 24 à 48 heures, on peut décider de ne pas soumettre la mère bénéficiaire à des analyses à moins que la mère donneuse n'obtienne des résultats positifs, auquel cas on procéderait à des analyses auprès de la mère bénéficiaire.

- Se reporter à la section II, Exemples de politiques et de procédures en périnatalogie, Erreurs d'administration du lait maternel extrait, pour obtenir des conseils sur l'élaboration d'une politique.

Décongélation et réchauffage du LME^{166, 168}

- Le lait maternel peut être décongelé au réfrigérateur durant la nuit.
- Le lait maternel peut être décongelé ou réchauffé dans :
 - un réchaud électrique (sans eau);
 - de l'eau stérile.
- L'eau du robinet non traitée (par filtration ou rayons ultraviolets) ne devrait pas être utilisée pour décongeler le lait.
- Les bains-marie électriques et microondes ne devraient pas être utilisés pour décongeler ou réchauffer le lait maternel.
- Si on utilise des réchauds réutilisables, il faut s'assurer de les sécher entre chaque utilisation et de les nettoyer selon un horaire déterminé (p. ex., tous les jours).

Non-alimentation au lait maternel¹⁶⁶

Il existe peu de situations dans lesquelles il est indiqué de ne pas donner de lait maternel au nourrisson. L'alimentation au lait maternel est contre-indiquée en présence de certaines maladies maternelles infectieuses et certaines médications maternelles. La présence d'une endométrite ou mastite en cours de traitement aux antibiotiques n'entraîne aucune contre-indication à l'allaitement.

On conseillera aux mères qui ont une infection pouvant se transmettre au nouveau-né par le lait maternel de ne pas nourrir leur nourrisson au lait maternel. Consulter le Tableau 4 pour obtenir une liste d'infections maternelles pouvant exiger que l'on n'alimente pas le nouveau-né au lait maternel.

Alimentation au lait maternel de donneuses

Le lait maternel est la meilleure nourriture pour les nouveau-nés. Lorsqu'un nouveau-né ne peut pas être nourri au lait maternel de sa mère, le seul lait maternel de remplacement acceptable est le lait humain pasteurisé (LHP) obtenu d'une banque de lait agréée.^{171, 172} La Human Milk Banking Association of North America (HMBANA) est la seule organisation offrant actuellement l'accréditation aux banques de lait.

- Pour de plus amples renseignements sur la HMBANA, consulter : <http://www.hmbana.org/>.
- Pour consulter le document de principes de la Société canadienne de pédiatrie concernant les banques de lait humain, se reporter à : <http://www.cps.ca/francais/enonces/N/N10-01.htm>.

On ne doit pas obtenir de LME directement de particuliers, comme des membres de la famille, ou par l'entremise de l'Internet.¹⁷² Les virus pathogènes comme le CMV, le VIH et l'hépatite peuvent parfois être présents sans qu'une personne ne ressente de symptômes et, par conséquent, sans qu'on ne sache

qu'elle est porteuse du virus. Ces virus peuvent être excrétés dans le lait maternel. Les banques de lait agréées suivent un processus rigoureux de dépistage des donneuses qui élimine les risques de transmission de ces agents pathogènes aux nouveau-nés. L'allaitement d'un nouveau-né à l'aide de lait maternel qui ne provient pas de la mère ou d'une banque de lait agréée constitue une erreur administrative.

SEUL le lait maternel de donneuses obtenu d'une banque de lait agréée par la HMBANA peut être offert aux nouveau-nés admissibles.

Tableau 4 : Infections maternelles pouvant empêcher l'alimentation du nouveau-né au lait maternel.

Infection	Nouveau-nés prématurés (UNSI)	Nouveau-nés à terme et en santé
Abcès du sein	- Peut allaiter ou extraire du lait maternel du côté non affecté. - Ne pas allaiter ou extraire de lait maternel du côté affecté. - Dans le cas d'un abcès du sein asséché par intervention chirurgicale, ne pas allaiter ou fournir de LME du côté affecté durant les 48 heures suivant l'intervention.	- Peut allaiter ou extraire du lait maternel du côté non affecté. - Peut allaiter ou extraire du lait maternel du côté affecté.
Abcès causé par la TB	Ne pas allaiter ou extraire de lait maternel tant que l'infection n'a pas été traitée.	Ne pas allaiter ou extraire de lait maternel tant que l'infection n'a pas été traitée.
Hépatite C	- La question de l'allaitement devrait faire l'objet d'une discussion avec un médecin. Le risque de transmission est faible. - Envisager de cesser l'allaitement au lait maternel si les mamelons sont craquelés et qu'ils saignent.	
Lésions d'herpès simple sur le sein	- Peut allaiter ou extraire du lait maternel du côté non affecté. - Appliquer soigneusement les pratiques d'hygiène des mains et recouvrir les lésions auxquelles le nouveau-né pourrait être exposé.	
Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	Ne pas allaiter ou extraire de lait maternel.	
Varicelle-zona sur le sein	Peut allaiter ou extraire du lait maternel du côté non affecté.	
Virus lymphotrope de cellule T humain type I et type II	Ne pas allaiter ou extraire de lait maternel.	
Tuberculose pulmonaire ou laryngite tuberculeuse	- Reporter les contacts avec la mère à des fins d'allaitement jusqu'à ce qu'elle ait fait l'objet d'un traitement efficace contre la tuberculose pendant deux semaines, que trois frottis des expectorations prélevées soient négatifs et que la mère affiche une amélioration clinique. - Peut fournir du LME. Le LME doit être administré au nouveau-né par une personne autre que la mère.	
Abréviations :		
LME :	Lait maternel extrait	UNSI : Unité néonatale de soins intensifs TB : Tuberculose

B. Nettoyage et désinfection du matériel d'alimentation

Le matériel d'allaitement des nouveau-nés entre dans la catégorie du matériel médical semi-invasif nécessitant une désinfection complète (au minimum) ou une stérilisation entre chaque utilisation s'il est utilisé par plus d'une mère. Selon la documentation médicale, la contamination des tire-lait et autres fournitures d'allaitement peut causer des infections néonatales et des éclosions.¹⁷³⁻¹⁷⁵

Certains ensembles tire-lait et systèmes d'expression du lait sont réutilisables, tandis que d'autres sont jetables. Le matériel dont on prévoit la réutilisation par une seule mère devrait être étiqueté soigneusement afin d'éviter qu'il ne soit utilisé par erreur par une autre mère. Les hôpitaux qui réutilisent les ensembles tire-lait doivent aménager des aires adéquates pour le retraitement du matériel par les mères et le personnel après son utilisation.

Les ensembles tire-lait réutilisables doivent être nettoyés, rincés, et séchés entre chaque utilisation par une même mère, et doivent faire l'objet d'une désinfection complète entre leur utilisation par différentes mères. Les ensembles tire-lait réutilisables, utilisés par différentes mères, nécessitent un système fermé pour éliminer tout risque de contamination du tire-lait en raison de débordements.¹⁷⁴

*Retraitement des ensembles tire-lait réutilisables*¹⁶⁷

1. Démonter les composantes réutilisables situées du côté de la membrane filtrante exposée à la mère.
2. Laver toutes les composantes réutilisables (à l'exception de la membrane filtrante) à l'aide de détergent puis les rincer complètement.
3. Appliquer les mesures de désinfection complète aux composantes qui seront réutilisées par différentes mères (p. ex., pasteurisation).
4. Sécher complètement les composantes.
5. Rincer le filtre avec de l'eau, et le sécher à l'air entre chaque utilisation (le filtre ne devrait pas entrer en contact avec du détergent); replacer le filtre de la façon indiquée dans le mode d'emploi du fabricant.
6. Jeter la tubulure de la pompe tire-lait et les membranes filtrantes exposées au lait maternel étant donné qu'elles sont difficiles à nettoyer convenablement.

Les pompes tire-lait que se partagent les mères doivent faire l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection partielle avant de passer d'une mère à l'autre.^{166, 167} Il peut être difficile de nettoyer adéquatement la tubulure et les filtres de tire-lait, selon la marque utilisée et l'expertise du personnel en matière de retraitement. En général, on devrait jeter ces composantes si elles entrent en contact avec du lait maternel.¹⁶⁷ En cas de réutilisation, une désinfection complète est requise.

Pour chaque séance de pompage, les mères devraient recevoir un biberon à usage unique, stérile et doté d'un capuchon stérile.¹⁶⁷ Le matériel servant à administrer le LME devrait également être stérilisé.

Les ensembles tire-lait réutilisables doivent être nettoyés, rincés, et séchés entre chaque utilisation par une même mère, et doivent faire l'objet d'une désinfection complète entre leur utilisation par différentes mères.

- Consulter l'Annexe D, *Niveau et fréquence minimaux recommandés de nettoyage et de désinfection du matériel de la pouponnière et de l'UNSI*, pour obtenir des recommandations sur le retraitement du matériel périnatal.
- Pour obtenir de plus amples renseignements sur le retraitement du matériel médical, consulter le document du CCPMI intitulé *Pratiques exemplaires pour le nettoyage, la désinfection et la*

stérilisation dans tous les lieux de soins de santé,⁶ disponible à l'adresse suivante : http://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/PIDAC_Cleaning_Disinfection_and_Sterilization_2013_FR.pdf.

C. Agents d'enrichissement et additifs

Les poudres d'enrichissement et autres additifs ajoutés aux boires ou au LME ne sont pas intrinsèquement contaminés, mais peuvent être contaminés durant leur préparation.¹⁷⁶ Cependant, on n'a observé aucune éclosion causée par ce genre de produits.

Préparation des boires

En milieu hospitalier, les agents d'enrichissement et additifs doivent être ajoutés aux boires, non pas au chevet de la mère, mais dans une aire de préparation des aliments réservée, située à une distance convenable. On devrait envisager d'assurer l'incorporation des additifs par du personnel compétent, dans une hotte à flux laminaire.

- Se nettoyer les mains avant la préparation des boires.
- Utiliser des doses uniques d'agents d'enrichissement et d'additifs.
- Prendre les mesures appropriées dans le cas de rappels de produits.

D. Préparations en poudre pour nourrissons (PPN)

On recommande d'utiliser des préparations pour nourrissons de commerce auprès des nouveau-nés qui ne peuvent pas être allaités ou nourris au lait maternel de donneuses. La préférence devrait **toujours** être accordée aux préparations *liquides* de commerce plutôt qu'aux préparations en poudre, à moins de contre-indications médicales, étant donné que les préparations liquides sont stériles.

Les préparations en poudre pour nourrissons (PPN) ne sont pas stériles et peuvent être contaminées intrinsèquement au moment de les ouvrir, ou contaminées durant leur préparation. Les préparations en poudre ne devraient pas être utilisées dans les UNSI, à moins que leur utilisation soit requise pour offrir un soutien nutritif additionnel.

Un lien a pu être établi entre les PPN et certaines éclosions, surtout dans le cas d'*Enterobacter sakazakii* [*Chronobacter sakazakii*]¹⁷⁷ et de *Salmonella enterica*.¹⁷⁸ La contamination des PPN par la *E. sakazakii* peut causer la méningite,¹⁷⁹⁻¹⁸¹ l'entéocolite nécrosante néonatale,¹⁷⁷ des troubles cérébraux et neurologiques, et la mort.¹⁸² Les bébés nés prématurément ou dont le système immunitaire était déprimé à la naissance courent le plus grand risque d'infection à *E. sakazakii*. Il est prudent d'adopter les procédures aseptiques recommandées lors de la préparation et la manipulation des PPN. Toute maladie infectieuse que l'on soupçonne d'avoir été causée par une PPN doit être documentée et rapportée au service de prévention et de contrôle des infections.

Compte tenu de ces caractéristiques, on devrait suivre les procédures recommandées dans *Agents d'enrichissement et additifs* au moment de préparer et de conserver les PPN.^{181, 183-188}

Pour obtenir de plus amples renseignements sur la préparation et la manipulation des préparations en poudre pour nourrissons, consulter les documents suivants :

- Santé Canada. *Reconstitution et manipulation d'une préparation en poudre pour nourrissons*, disponible à l'adresse suivante : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/kitchen-cuisine/pif-ppn-fra.php>;
- Organisation mondiale de la Santé. *Préparation, conservation et manipulation dans de bonnes conditions des préparations en poudre pour nourrissons*, disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif2007/en/index.html>.

E. Probiotiques

L'utilisation des probiotiques pour prévenir l'entéocolite nécrosante chez les nouveau-nés prématurés a fait l'objet d'études, et s'est avérée prometteuse.¹⁸⁹⁻¹⁹¹ À l'heure actuelle, cependant, les probiotiques autorisés ne sont pas standardisés ni facilement accessibles. Ils devraient être utilisés dans le cadre d'essais cliniques seulement.^{192, 193}

Recommandations en matière de nutrition :

- 7. Le lait maternel représente le choix optimal en matière d'alimentation du nouveau-né. Seul le lait de la mère ou du lait provenant d'une banque de lait agréée ne doit être utilisé. [AI]**
- 8. Tous les milieux de soins qui offrent des soins à la mère ou au nouveau-né devraient établir des processus en vue de l'extraction, de la manipulation, de la décongélation, de la conservation et de l'administration du lait maternel. [AIII]**
- 9. Une politique écrite exhaustive, qui inclut des mesures de divulgation et une marche à suivre, devrait être accessible en cas d'erreurs relatives à l'administration de lait maternel. [AIII]**
- 10. À moins de contre-indications médicales, on devrait toujours privilégier les préparations liquides de commerce pour nourrissons plutôt que les préparations de commerce en poudre. [AI]**
- 11. On devrait ajouter les agents d'enrichissement et additifs en doses uniques, au moyen de procédures aseptiques. [AIII]**
- 12. Les établissements devraient adopter une politique sur les infections qui exigent l'arrêt de l'allaitement ou de l'administration de lait maternel, ou encore la séparation de la mère et du nouveau-né. [AI]**

6. Prévention des infections liées aux cathéters veineux centraux (CVC)

Les infections sanguines associées à un cathéter (ISAC) constituent des complications graves chez les nouveau-nés portant un cathéter veineux central (CVC). Aux États-Unis, les ISAC sont les infections associées aux soins de santé que l'on retrouve le plus chez les nouveau-nés des UNSI.¹⁹⁴

Il est possible d'afficher des réductions constantes des taux d'infection associées aux cathéters veineux centraux (CVC) en adoptant un programme multidisciplinaire,^{195, 196} reposant sur un engagement envers le leadership¹⁹⁷ et des recommandations fondées sur des données probantes en vue de la prévention des infections liées aux cathéters intravasculaires.^{195, 197, 198}

TERMINOLOGIE LIÉE AUX INFECTIONS ASSOCIÉES AUX CVC

ISAC (Infection sanguine associée à un cathéter)

Définition clinique qui, utilisée dans le contexte du diagnostic et du traitement, exige l'exécution d'analyses de laboratoire plus poussées qui identifie le cathéter comme étant la source de l'infection sanguine. Elle n'est généralement pas utilisée à des fins de surveillance.

ILCC (Infection liée à un cathéter central)

Définition utilisée dans le contexte de la surveillance et faisant référence à une infection sanguine primaire détectée chez un patient ayant eu un cathéter intravasculaire central dans les 48 heures précédant le développement de l'infection et n'étant aucunement liée à une infection dans un autre site.

Pour être efficace, un programme d'amélioration de la qualité de l'entretien des cathéters doit inclure les éléments suivants : ^{194-196, 198}

- éducation et formation du personnel de soins chargé d'insérer et d'entretenir les CVC
- programme d'hygiène des mains
- surveillance des ILCC
- choix approprié des dispositifs, y compris les capuchons, ensembles pour perfusion et dispositifs complémentaires dotés des caractéristiques requises pour favoriser le maintien d'un système fermé
- mise en œuvre d'ensembles de mesures de soins liées aux cathéters centraux, y compris :
 - ensemble de mesures liées à l'insertion
 - ensemble de mesures liées à l'entretien
 - ensemble de mesures liées au retrait et remplacement
- vérification des pratiques liées à l'application des ensembles de mesures prévues.

Chaque cas d'infection liée à un CVC devrait être passé en revue à des fins d'amélioration de la qualité.

A. Sensibilisation et formation

De nombreuses études démontrent maintenant que les programmes de prévention reposant sur l'éducation peuvent réduire les ILCC lorsqu'ils sont combinés à des mesures spécifiques.¹⁹⁷ Pour prévenir les ILCC, le personnel de soins devrait recevoir une formation sur les indications associées aux CVC, les procédures d'insertion et d'entretien des CVC, et les mesures de prévention et de contrôle des infections.^{195, 196}

Seul le personnel formé qui a fait preuve de compétence à ce chapitre devrait être chargé de l'insertion et de l'entretien des CVC.¹⁹⁵ La connaissance et le respect des directives d'insertion et d'entretien des CVC devraient être évalués de façon périodique.^{195, 196}

B. Surveillance des ILCC

Surveillance clinique

Chaque UNSI devrait mettre en œuvre un processus standardisé d'évaluation quotidienne des CVC, à une heure prédéterminée, pour vérifier s'il est possible de les retirer.^{195, 196} On devrait également vérifier à chaque quart de travail les signes d'infection et de perte d'intégrité des pansements.¹⁹⁶

Le dépistage des ILCC devrait reposer sur des critères standardisés.

Surveillance des ILCC

La surveillance des taux d'ILCC dans l'UNSI devrait être effectuée par des personnes formées, p. ex. des professionnels de la prévention et du contrôle des infections :^{195, 196}

- présenter les données sous forme de nombre d'Infections liées à un cathéter central (ILCC) par 1 000 jours-cathéter;
- utiliser une méthode stratifiée de présentation des taux d'ILCC par catégorie de poids pour faciliter la comparaison avec les données nationales et internationales;
- rapporter les taux d'infection par type de cathéter ou, de façon combinée, pour tous les CVC;
- rapporter les taux d'infections liées aux cathéters pour artère ou veine ombilicale séparément des autres taux d'ILCC;
- Surveiller les tendances sur le plan des taux d'ILCC pour aider à identifier les lacunes sur le plan des pratiques de PCI;
- transmettre les taux d'ILCC au personnel de l'UNSI.

C. Hygiène des mains

Consulter la [Section I](#) pour obtenir des renseignements sur les mesures d'hygiène des mains comprises dans les pratiques de base.

Le personnel qui voit à l'entretien des cathéters centraux doit également se laver les mains :¹⁹⁸

- avant et après avoir palpé les points d'insertion du cathéter (Remarque : La palpation du point d'insertion ne doit pas être effectuée après l'application de l'antiseptique, à moins que la technique d'asepsie soit maintenue)
- avant et après avoir inséré un cathéter, l'avoir remplacé, y avoir accédé, l'avoir réparé ou avoir changé le pansement d'un cathéter intravasculaire.

Le recours à des listes de vérification qui incluent l'hygiène des mains pour tous les ensembles de cathéters centraux assurera le maintien de pratiques uniformes.¹⁹⁸

D. Ensembles de mesures liées aux CVC

Ensembles de mesures d'insertion

- Utiliser une liste de vérification pour chaque insertion de cathéter;¹⁹⁸
- Choisir le lieu d'insertion optimal du CVC :
 - De préférence, insérer le cathéter aux extrémités inférieures ou supérieures, ou dans le cuir chevelu.¹⁹⁵
 - Éviter les insertions fémorales.¹⁹⁵
 - Limiter les tentatives d'accès vasculaire à deux par membre du personnel clinique.¹⁹⁶
- Choisir le type de CVC en fonction de son utilisation prévue :
 - Utiliser un cathéter mi-long ou un cathéter central inséré par voie périphérique (CCIP) lorsque le traitement par intraveineuse durera probablement plus de six jours.¹⁹⁵
 - Envisager l'utilisation d'un cathéter multiluminal dans le cas de nutrition parentérale accompagnée d'autres traitements.
 - On dispose de trop peu de données pour recommander l'utilisation de cathéters enduits d'agents antimicrobiens auprès des nouveau-nés.^{195, 196}
- Appliquer toutes les mesures de prévention maximale des infections et techniques de stérilisation requises en vue de l'insertion des CVC^{195, 198} :
 - Chaque personne se trouvant à moins d'un mètre de la zone de stérilisation doit porter un bonnet et un masque, ainsi qu'une blouse et des gants stériles.
 - Utiliser un grand drap stérile.
- Préparer la peau à l'aide d'une solution antiseptique contenant du gluconate de chlorhexidine à 2%¹⁹⁶ avant d'insérer le CVC. Ne pas utiliser de solution contenant de l'alcool à 70 % auprès de bébés de moins d'une semaine et bébés nés à moins de 28 semaines de grossesse. Les solutions antiseptiques pour la peau devraient être utilisées de façon restreinte pour réduire les risques d'irritation ou de dégradation de la peau.
- Permettre à la solution antiseptique de sécher avant d'insérer le CVC.¹⁹⁵

Ensemble de mesures d'entretien

- Embouts et ports de CVC :

- Frotter le port d'accès durant 15 à 30 secondes à l'aide d'alcool à 70 % ou d'une solution composée de chlorhexidine et d'alcool.¹⁹⁸
- Accéder au port avec du matériel stérile uniquement.¹⁹⁵
- Pansement au site d'insertion du CVC^{195, 196} :
 - Utiliser de la gaze stérile ou un pansement stérile transparent et semi-perméable pour recouvrir le site d'insertion du cathéter.
 - Si le site d'insertion saigne ou suinte, il est préférable de le recouvrir de gaze plutôt que d'un pansement stérile transparent et semi-perméable.
 - Il n'est pas nécessaire de changer le pansement à intervalles réguliers. Appliquer un nouveau pansement au site d'insertion s'il devient humide, s'il se défait, s'il est souillé ou si on doit inspecter le site d'insertion.
 - Ne pas utiliser de crème ou onguent antibiotique topique au site d'insertion en raison des risques d'infection fongique ou de résistance antimicrobienne qui y sont associés.
 - On dispose de trop peu de données pour recommander le recours à des pansements coussinés enduits de chlorhexidine auprès de nouveau-nés.

Ensembles de mesures de retrait /de remplacement des cathéters

- Retrait du cathéter :
 - Retirer immédiatement les CVC qui ne sont plus nécessaires.^{195, 198}
 - Retirer le CVC si le nouveau-né développe des signes de phlébite ou d'infection, ou si le cathéter est défaillant.¹⁹⁵
 - Éviter de remplacer inutilement le CVC pour réduire les risques d'infection¹⁹⁵ :
 - Les décisions concernant le maintien ou le retrait de tout cathéter devrait tenir compte des espèces de micro-organismes, du degré et de la portée de la réaction inflammatoire systémique et des morbidités co-existantes.
 - En général, les infections à *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus sp.*, *Candida sp.* et à la plupart des organismes gram négatifs exigent le retrait immédiat du cathéter.
 - Les infections à staphylocoque négatif (quant à la coagulase) peuvent être traitées avec succès sans qu'on doive retirer le cathéter, à moins d'hémocultures positives trois jours consécutifs ou plus.¹⁹⁶
 - Les cathéters pour veine ombilicale devraient être retirés dès que possible une fois qu'ils ne sont plus requis, mais peuvent être utilisés pendant une période maximale de 14 jours si leur gestion aseptique est possible.¹⁹⁵
 - Les cathéters pour artère ombilicale devraient être retirés dès qu'ils ne sont plus nécessaires pour surveiller le nouveau-né, de préférence en-dedans de cinq jours.¹⁹⁵
- Remplacement des ensembles pour perfusion :
 - Remplacer les ensembles pour perfusion à l'aide d'une technique aseptique. Idéalement, affecter le remplacement de l'équipement d'infusion à une équipe dédiée.
 - Remplacer les ensembles pour perfusion, y compris les ensembles secondaires et les dispositifs complémentaires, au plus tous les 96 heures¹⁹⁹ et au moins tous les sept jours,¹⁹⁵ à moins qu'on soupçonne ou ait documenté la présence d'une ILCC.¹⁹⁵
 - Remplacer la tubulure servant à l'administration de sang, de produits de sang ou d'émulsions grasses dans les 24 heures suivant le début de la perfusion. Si la solution contient uniquement de la dextrose et des acides aminés, l'ensemble pour perfusion n'a pas besoin d'être remplacé plus fréquemment que tous les 96 heures.¹⁹⁵

- Systèmes de cathéter intravasculaire sans aiguille :
 - Changer les composantes sans aiguille au moins à la même fréquence que les ensembles pour perfusion.¹⁹⁵
 - Changer les capuchons au plus à tous les 96 heures ou selon les indications du fabricant.

Solutions parentérales

- Affecter un port à l'hyperalimentation exclusivement si on utilise un cathéter multiluminal à des fins de nutrition parentérale.¹⁹⁸
- Terminer la perfusion des solutions contenant des matières grasses (p. ex., solutions 3-dans-1) dans les 24 heures suivant la suspension de la solution.¹⁹⁵
- Terminer la perfusion des émulsions grasses uniquement dans les 12 heures suivant la suspension de l'émulsion. Si cela n'est pas possible en raison de questions de volume, la perfusion devrait être complétée dans un délai de 24 heures.¹⁹⁵
- Terminer la perfusion de sang et d'autres produits sanguins dans les 4 heures suivant la suspension du produit.

Recommandation en vue de la prévention des infections liées aux CVC :

13. Toutes les UNSI devraient avoir un programme d'amélioration de la qualité pour la prévention des infections sanguines associées aux cathéters centraux qui inclut des activités de sensibilisation et de formation, de la surveillance, des ensembles de mesures d'insertion et d'entretien, des critères de retrait et de remplacement et des vérifications de pratiques. [AI]

7. Principes généraux de prévention et de gestion des éclosons

A. Prévention des éclosons

Une intervention précoce pour contrer les éclosons, ou limiter la propagation des infections une fois l'exposition ou l'éclosion constatée, permettra d'interrompre la transmission de la maladie et, ainsi, de réduire l'impact sur la santé du patient, les soins aux patients et les coûts.¹

Les programmes de surveillance devraient cibler les agents infectieux qui sont sources de préoccupation au sein de l'établissement en plus des agents énumérés au Tableau 1. Parmi les exemples figurent le rotavirus, le virus respiratoire syncytial (VRS), les entérobactériacées et le *Staphylococcus aureus*.

B. Gestion des éclosons

Tous les établissements devraient disposer d'un programme ayant la capacité de repérer l'apparition de cas groupés ou d'éclosons de maladies infectieuses, en plus des ressources appropriées pour gérer les éclosons.¹ Les établissements devraient évaluer les capacités dont ils disposent pour gérer différents types d'infection et mettre en œuvre différents systèmes de précautions.

Chaque établissement devrait avoir une politique administrative pour gérer les éclosons de maladies infectieuses qui inclut :^{1, 70} :

- la création d'un comité multidisciplinaire
- la vérification des politiques et des pratiques de prévention et de contrôle des infections
- le besoin d'une capacité d'appoint
- l'autorité requise pour :

- déplacer des patients
- regrouper en cohortes des patients et du personnel
- confiner des parents à leur chambre
- restreindre les admissions et transferts
- limiter les visites
- obtenir des cultures administrer la prophylaxie ou le traitement pertinent.

Les écloisions d'infections intestinales, d'infections respiratoires et d'infections associées au *Clostridium difficile* dans les hôpitaux publics doivent être rapportées aux responsables de la santé publique.

- Pour obtenir davantage d'information sur la gestion d'une écloision, consulter le document du CCPMI intitulé *Pratiques exemplaires pour les programmes de prévention et de contrôle des infections en Ontario dans tous les lieux de soins*,¹ disponible à l'adresse suivante : http://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/BP_IPAC_in_Ontario_2012_FR.pdf.
- Pour obtenir davantage d'information sur la gestion des écloisions et des organismes antibiorésistants, consulter le document du CCPMI intitulé *Annexe A : Dépistage, analyse et surveillance des organismes antibiorésistants (OA) pour tous les établissements de santé*,⁷⁰ disponible à l'adresse suivante : http://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/PIDAC-IPC_Annex_A_Screening_Testing_Surveillance_AROs_2013_FR.pdf.

II. Exemples de politiques et de procédures relatives à la périnatalogie

Les politiques et les procédures qui suivent sont des exemples de la façon dont les responsables d'un hôpital local peuvent mettre en place ces pratiques exemplaires dans leur établissement. Il s'agit seulement d'exemples qui peuvent être adaptés et utilisés, au besoin, dans les établissements de soins de santé en périnatalité. Ces politiques et procédures sont libellées en termes généraux et reposent sur les pratiques exemplaires décrites dans le présent document.

Liste des exemples de politiques et de procédures

- Lait maternel extrait (LME)
- Erreurs dans l'administration du lait maternel extrait
- Streptocoque du groupe B
- Virus de l'herpès simplex
- Hépatite B
- Hépatite C
- VIH
- Varicelle

LES POLITIQUES ET PROCÉDURES SUIVANTES SONT UNIQUEMENT DES EXEMPLES

MANUEL DES POLITIQUES ET PROCÉDURES EN MATIÈRE DE SOINS EN PÉRINATALITÉ

SECTION :	Prévention et contrôle des infections	DATE D'APPLICATION :
TITRE :	Lait maternel extrait (LME)	DATE D'EXAMEN :
NUMÉRO :		DATE DE RÉVISION :
PAGES :	2	

BUT

Prévenir la transmission de maladies infectieuses aux nourrissons par le lait maternel extrait (LME).

POLITIQUE

Conformément à sa politique, *[nom de l'établissement]* entend réduire les risques associés à la nutrition néonatale.

PROCÉDURE

Les pratiques générales suivantes seront respectées en ce qui a trait à la manipulation, à l'extraction, à la conservation, à la décongélation et à l'administration du LME ainsi qu'en ce qui a trait à l'utilisation du lait maternel partagé ou du lait d'une mère donneuse :

1. Manipulation du LME

- Utiliser les pratiques de base, notamment une hygiène des mains appropriée lors de la manipulation du LME.
- Remettre à la mère, pour chaque séance de pompage, un biberon à usage unique, stérile, doté d'un capuchon stérile.
- Donner les directives concernant l'identification du contenant : l'étiquette doit faire mention du contenu et doit porter le nom du nourrisson et de la mère, le numéro d'identification de l'hôpital, la date/l'heure du pompage, la date/l'heure de la congélation et la date/l'heure de la décongélation. Fournir des étiquettes pré-imprimées.
- Porter des gants lors de la manipulation du LME au cas où vous ne pourriez éviter tout contact avec le produit.
- Nettoyer vos mains si elles ont été en contact avec le LME.

- Veiller à ce que le bon LME soit donné au nourrisson. Si un nourrisson boit le LME d'une mère autre que la sienne ou qu'une banque de lait accréditée, considérez cela comme une erreur administrative. Voir la politique : *Erreurs dans l'administration du lait maternel extrait*.

2. Extraction du lait maternel

- Expliquer à la mère comment extraire le lait maternel et passez en revue les instructions s'appliquant aux divers tire-lait utilisés.
- Enseigner à la mère l'importance de l'hygiène des mains et les principes de base de l'asepsie lors de l'extraction du lait maternel et de la manipulation du LME.
- Dire à la mère d'utiliser un contenant et un couvercle stériles en plastique pour chaque séance d'extraction, en laissant de l'espace pour permettre l'expansion du lait pendant la congélation.
- Consigner ce que vous avez enseigné à la mère dans son dossier médical.

3. Conservation du LME

- Utiliser le LME non réfrigéré dans les prochaines quatre heures.
- Demander à la mère de garder au froid le LME pendant le transport à l'hôpital (par exemple, au moyen de glacières ou de blocs réfrigérants).
- Garder le LME au froid dans un réfrigérateur et utilisez-le dans les 48 heures.
- Congeler le LME dans les 24 heures suivant l'extraction.
- Identifier chaque contenant de LME congelé en inscrivant la date/l'heure de la congélation et la date/l'heure de la décongélation.

4. Décongélation et réchauffage du LME

- Décongeler dans le réfrigérateur le LME congelé et utilisez-le dans les 24 heures.
- Réchauffer le LME dans le réchaud électrique (sans eau) ou dans un réceptacle chauffant jetable contenant de l'eau chaude et stérile. N'utilisez pas l'eau du robinet.
- Nettoyer et séchez les réchauds réutilisables entre chaque utilisation.
- N'utiliser pas de bain-marie électrique ou de four à micro-ondes pour la décongélation ou le réchauffage du LME.

5. Administration du LME

- Avant chaque boire, prévoir un système permettant de vous assurer que le bon LME est donné au nourrisson (p. ex., faites une nouvelle vérification et obtenez l'approbation d'un autre professionnel de la santé ou du parent de l'enfant, ou encore, utilisez un codage par code à barres).
- Jeter le LME inutilisé.
- Remplacer ainsi successivement les boires et la série de boires connexes aux quatre heures.

6. LME partagé ou LME de mères donneuses

- Si le LME n'est pas disponible, utiliser uniquement le lait de mères donneuses provenant d'une banque de lait accréditée par la Human Milk Banking Association of North America (HMBANA).
- L'équipe médicale établira les conditions médicales valides pour l'utilisation du LME de mères donneuses.
- Consigner toutes les discussions entre le(s) parent(s) et le médecin responsable ou son délégué, qui portent sur les risques et les avantages liés à l'utilisation du LME pasteurisé de mères donneuses pour le nourrisson.
- Le médecin responsable ou son délégué doit obtenir le consentement du parent pour utiliser le LME de mères donneuses et consigner cette information dans le dossier du nouveau-né.

7. Nettoyage et désinfection des tire-lait

- Nettoyer les ensembles tire-lait entre chaque utilisation par la même mère.
- Nettoyer et désinfectez les éléments réutilisables du tire-lait avec un désinfectant de haut niveau avant qu'ils soient utilisés par une autre mère.
- Nettoyer et désinfectez les pompes tire-lait que se partagent les mères avec un désinfectant de faible niveau.
- Jeter la tubulure de la pompe tire-lait et les membranes filtrantes exposées au lait maternel.

MANUEL SUR LES POLITIQUES ET PROCÉDURES EN MATIÈRE DE SOINS EN PÉRINATALITÉ

SECTION :	Prévention et contrôle des infections	DATE D'APPLICATION :
TITRE :	Erreurs dans l'administration du lait maternel extrait (LME)	DATE D'EXAMEN :
NUMÉRO :		DATE DE RÉVISION :
PAGES :	2	

BUT

Évaluer la possibilité qu'un agent pathogène à diffusion hématogène soit transmis à un nourrisson si le lait maternel extrait (LME) d'une autre mère est ingéré par inadvertance, et en tenir compte.

POLITIQUE

Le [nom de l'établissement] a pour politique d'atténuer le risque associé à l'exposition potentielle d'un nourrisson à un agent pathogène à diffusion hématogène suivant l'ingestion accidentelle du LME d'une personne autre que la mère du nourrisson.

DÉFINITIONS :

Mère donneuse :	la mère qui a extrait son lait maternel (LME)
Mère bénéficiaire :	la mère du nourrisson qui ingère le LME de la mère donneuse
Nourrisson bénéficiaire :	le nourrisson qui ingère le LME

PROCÉDURE

Le lait humain est un liquide corporel capable de transmettre des pathogènes à diffusion hématogène. Si un nourrisson a ingéré par inadvertance le LME d'une autre mère ou s'il est présumé que cela a pu se produire, la procédure suivante doit être suivie :

1. Confirmer que le nourrisson a ingéré le mauvais LME.
2. Aviser le médecin responsable.
3. Établir un rapport d'incident en mentionnant les détails de l'événement.
4. Signaler l'événement dès que possible aux parents ou au tuteur du nourrisson. Protégez la confidentialité en tout temps, autrement dit, ne donnez pas le nom de la mère donneuse et des parents bénéficiaires, l'origine ethnique ou l'état sous-jacent du nourrisson.
5. Signaler l'événement dès que possible à la mère donneuse.
6. Vérifier le dossier prénatal de la mère donneuse et de la mère bénéficiaire afin de savoir s'il y a présence d'une hépatite B virale (VHB) et d'un virus de l'immunodéficience humaine (VIH).
7. Obtenir le consentement pour le test et consignez le consentement dans le dossier médical. Si la mère bénéficiaire ou la mère donneuse refuse de passer le test, consignez le refus dans les deux dossiers médicaux. Au cours du processus de consentement, avisez la mère donneuse que les résultats du test seront communiqués à la mère bénéficiaire sans que ne soit dévoilée son identité.
8. Envoyer le sang de la mère donneuse aux fins des analyses de laboratoire suivantes :
 - antigène de l'hépatite B de surface (AgHBs) [immédiatement]
 - anticorps du virus de l'hépatite C (HCV)
 - anticorps du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) [immédiatement]
 - anticorps du virus lymphotrope de cellule T humain type I et type II (HTLV I/II)
 - anticorps du cytomégalovirus (CMV)

REMARQUE: L'anticorps du VIH et l'AgHBs sont prescrits immédiatement (STAT) afin que la prophylaxie post-exposition soit administrée en temps opportun. Il faut communiquer avec le laboratoire par téléphone afin d'accélérer les tests et les demandes d'envoi d'échantillons doivent être clairement identifiées **STAT**. Si les résultats de laboratoire ne peuvent être obtenus dans les 48 heures, soumettez, parallèlement, la mère bénéficiaire à un test de dépistage.

9. Si on constate la présence d'un pathogène transmissible par le sang chez la mère donneuse, soumettre la mère bénéficiaire à un test de dépistage.
10. Si la mère donneuse refuse de donner son consentement ou ne veut pas se soumettre à un test de dépistage, prendre les dispositions nécessaires pour qu'un examen sanguin régulier du nourrisson soit effectué afin d'éliminer les infections à l'hépatite B, à l'hépatite C et au VIH. Une autre solution acceptable serait de faire un test de dépistage tous les six mois pour détecter la présence d'AgHBs, d'anticorps anti-V. Il existe de nouvelles techniques de dépistage qui peuvent éliminer ces agents pathogènes plus rapidement. Selon la situation, envisager de demander l'avis d'un spécialiste.
11. Discuter dès que possible des résultats des analyses de laboratoire avec les deux groupes de parents séparément. Consigner les résultats des analyses de laboratoire de la mère donneuse dans les deux dossiers médicaux du nourrisson, qui sont codés afin de protéger la confidentialité.
12. Si la mère donneuse est séropositive, une décision doit être prise immédiatement quant à l'administration d'une prophylaxie antivirale, parce que celle-ci doit se faire une heure ou deux après l'exposition. Une consultation d'urgence auprès d'un spécialiste des maladies infectieuses infantiles est recommandée.

13. Si la mère donneuse est HBsAg-positive et la mère bénéficiaire est HBsAg-négative, des immunoglobulines anti-VHB et un vaccin doivent être administrés au nourrisson dès que possible, de préférence dans les 48 heures suivant l'incident.
14. Consigner les mesures prises dans le dossier médical du nourrisson une fois obtenus tous les résultats des analyses de laboratoire.

MANUEL SUR LES POLITIQUES ET PROCÉDURES EN MATIÈRE DE SOINS EN PÉRINATALITÉ

SECTION :	Prévention et contrôle des infections	DATE D'APPLICATION :
TITRE :	Streptocoque du groupe B (SGB)	DATE D'EXAMEN :
NUMÉRO :		DATE DE RÉVISION :
PAGES :	2	

BUT

Prévenir l'apparition précoce de la streptococcie due au streptocoque du groupe B chez les nourrissons.

POLITIQUE

Le [nom de l'établissement] a pour politique d'atténuer le risque associé à l'apparition précoce des infections à SGB chez le nourrisson en prodiguant des soins efficaces à la mère et au nourrisson avant et pendant l'accouchement.

PROCÉDURE

Les pratiques générales suivantes seront suivies pour le dépistage et la prophylaxie du SGB pendant la grossesse et l'accouchement :

Soins apportés à la mère :

1. Traiter la bactériurie à SGB pendant la grossesse parce que cette infection est associée à un travail et à un accouchement prématurés.
2. Faire subir un test de dépistage à toutes les femmes enceintes porteuses du SGB entre la 35^e et 37^e semaine de gestation, sauf si la mère avait contracté une bactériurie à SGB au cours de la grossesse en cours ou a déjà eu un nourrisson en étant atteinte d'une maladie streptococcique invasive du groupe B. Un nouveau test de dépistage est nécessaire à chaque grossesse et est indépendant du mode d'accouchement prévu.
3. Procédure de dépistage :
 - Utiliser le même écouvillon pour les deux régions, mais **dans l'ordre suivant** :
 - faire un frottis avec l'écouvillon de la partie inférieure du vagin (ostium vaginae), **PUIS**
 - du rectum (insérez l'écouvillon dans le sphincter anal)
 - Ne pas prendre de cultures cervicales.
 - Indiquer clairement sur l'étiquette que l'échantillon est destiné à la culture de SGB.
 - Si la mère est allergique à la pénicilline, mentionnez-le clairement sur l'étiquette et demandez une épreuve servant à vérifier la sensibilité à la clindamycine et à l'érythromycine.
4. Obtenir une culture de SGB pour les femmes qui risquent d'avoir un accouchement prématurité (moins de 37 semaines de gestation). S'il y a un risque important d'accouchement prématuré,

administrer une prophylaxie en attendant les résultats de la culture. Répéter l'analyse de dépistage chaque semaine en cas d'hospitalisation, jusqu'à l'accouchement ou jusqu'à ce qu'un résultat positif soit obtenu, le premier des deux prévalant.

5. Utiliser un traitement aux antibiotiques préventifs intrapartum (API) dans les cas suivants :
 - les mères colonisées par le SGB pendant la grossesse en cours, sauf si l'on doit procéder par césarienne en raison de l'absence de progression du travail et d'une membrane amniotique intacte;
 - le statut à l'égard du SGB est inconnu et n'importe lequel des facteurs de risque suivants existe :
 - accouchement à moins de 37 semaines de gestation;
 - rupture de la membrane amniotique dans les prochaines 18 heures et plus;
 - fièvre intrapartum d'au moins 38°C;
 - les mères qui ont contracté une bactériurie à SGB pendant la grossesse en cours, quel que soit le résultat du test de dépistage (le cas échéant);
 - les mères dont le nourrisson a contracté une infection streptococcique invasive du groupe B, quel que soit le résultat du test de dépistage (le cas échéant).
6. Les API ne sont pas indiqués dans les cas suivants :
 - une grossesse antérieure dont le test de dépistage au SGB était positif (sauf si le résultat d'une culture était également positif pendant la grossesse en cours);
 - un accouchement par césarienne effectué en raison de l'absence de progression du travail et de la rupture de la membrane, quel que soit le statut de la mère à l'égard du SGB;
 - un résultat négatif des cultures vaginale et rectale, réalisées vers la fin de la gestation pendant la grossesse en cours, quels que soient les facteurs de risque intrapartum (p. ex., moins de 37 semaines de gestation, durée de la rupture des membranes à plus de 18 heures, fièvre d'au moins 38°C).
7. Le traitement de choix est la pénicilline. Pour les mères allergiques à la pénicilline :
 - si le risque d'anaphylaxie est faible (aucune réaction d'hypersensibilité antérieure immédiate, notamment d'anaphylaxie, d'œdème de Quincke, de détresse respiratoire ou d'urticaire), la céphazoline est l'antibiotique de choix;
 - si le risque d'anaphylaxie est élevé, la clindamycine ou l'érythromycine est recommandée, si l'isolat est sensible à la pénicilline; si l'isolat présente une résistance à la clindamycine ou à l'érythromycine, ou encore, si la sensibilité est inconnue, la vancomycine devrait être utilisée.

Soins apportés au nourrisson :

1. Le nourrisson devrait être évalué et soigné par un pédiatre ou un néonatalogiste :
 - s'il est prématuré;
 - s'il présente des symptômes;
 - s'il a eu administration inadéquate d'API;
 - s'il y a des facteurs de risque chez la mère tels que la chorioamnionite ou la fièvre.
 2. Dans tous les autres cas, le nourrisson né à terme ne requiert pas de traitement, mais il doit être sous observation pendant 48 heures.
- Pour les soins à donner aux nourrissons nés de mères chez lesquelles on a dépisté le SGB, se reporter à *La prise en charge du nourrisson plus vulnérable à la septicémie* de la Société

MANUEL SUR LES POLITIQUES ET PROCÉDURES EN MATIÈRE DE SOINS EN PÉRINATALITÉ

SECTION :	Prévention et contrôle des infections	DATE D'APPLICATION :
TITRE :	<u>Virus de l'herpès simplex (VHS)</u>	DATE D'EXAMEN :
NUMÉRO :		DATE DE RÉVISION :
PAGES :	2	

BUT

Prévenir l'infection au virus de l'herpès simple (VHS).

POLITIQUE

Le [nom de l'établissement] a pour politique d'atténuer le risque associé à l'infection néonatale au VHS en prodiguant des soins efficaces à la mère et au nourrisson avant, pendant et après l'accouchement.

PROCÉDURE

Soins apportés à la mère

1. La mère présente des symptômes d'infection au VHS (antécédent de VHS, mais aucune lésion) :
 - Ne pas faire subir de test de dépistage du VHS à la mère en l'absence de lésions génitales.
 - Ne pas procéder à un accouchement par césarienne sauf pour des raisons médicales.
2. La mère présente des lésions d'herpès génital avec ou sans une culture positive pour le virus ou un test direct pendant la période antepartum et intrapartum :
 - Enseigner à la mère les pratiques de base.
 - Procéder à un accouchement par césarienne.
 - Conseiller la mère sur les mesures de protection qu'elle doit appliquer lorsqu'elle manipule son nourrisson, en particulier sur l'hygiène des mains.
 - Éviter de recourir au monitoring cardiaque du cuir chevelu fœtal et de procéder à des prélèvements du cuir chevelu du fœtus.
 - Prélever des échantillons maternels pour une recherche virologique si aucun test direct ou aucune culture du virus n'ont déjà été effectués.
 - Les sources d'échantillons prélevés pour la recherche virologique comprennent :
 - les lésions génitales, le cas échéant;
 - le col de l'utérus.
3. La mère présente des lésions génitales et extragénitales (y compris des feux sauvages) pendant la période post-partum :
 - Porter des gants en cas de contact direct avec les lésions et pratiquer l'hygiène des mains après avoir enlevé les gants.
 - Sensibiliser les parents et les autres membres de la famille infectés aux mesures de protection; mettez l'accent sur l'hygiène des mains et recouvrez les lésions extragénitales. La compréhension de la mère au sujet de la propagation du virus est nécessaire pour empêcher la contamination de son nourrisson et des autres nourrissons.
 - Aviser les parents de ne pas manipuler d'autres nourrissons.

- Autoriser la cohabitation mère-nourrisson lorsque la mère démontre une connaissance des mesures de protection.
- Encourager l'allaitement maternel, sauf si la poitrine présente des lésions (le contact direct avec les lésions pourrait infecter le nourrisson).
- Fournir un masque ou un pansement sec aux parents ayant contracté l'herpès labial pour qu'ils recouvrent leurs lésions lors de la manipulation du nourrisson, afin d'éviter que les parents ne touchent les lésions et n'embrassent le nourrisson avec des lésions ouvertes. Sensibiliser les mères et les membres de la famille qui présentent des lésions d'herpès oral (p. ex., pratiquer une bonne hygiène des mains, éviter de toucher les lésions, éviter d'embrasser le nourrisson).
- Évaluer les parents ayant des lésions de grande taille en vue d'une exclusion éventuelle de tout contact avec le nourrisson ou d'une admission à la pouponnière.
- Conseiller aux parents ayant contracté le panaris herpétique d'appliquer des mesures de prévention telle l'hygiène des mains et de porter des gants avant de manipuler leur nourrisson. Avisez les autres membres de la famille ayant le panaris herpétique de ne pas entrer en contact direct avec le nourrisson tant que la lésion n'est pas guérie.

Soins apportés au nourrisson

1. La mère ne présente aucun symptôme d'infection au VHS (antécédent de VHS, aucune lésion):
 - Vérifier si le nourrisson présente des signes et des symptômes d'infection.
 - Sensibiliser les parents et les fournisseurs de soins aux signes et aux symptômes d'infection néonatale au VHS pendant les six premières semaines de vie et refaites immédiatement une évaluation si des signes et des symptômes d'infection se développent.
2. La mère présente des lésions d'herpès génital :
 - Le nourrisson est asymptomatique :
 - Encourager la cohabitation parent-nourrisson dans une seule pièce.
 - Prendre des précautions contre la transmission par contact de l'infection au nourrisson.
 - Vérifier si le nourrisson présente des signes de sepsis, de lésion cutanée ou de lésion sur les muqueuses, de convulsion, de détresse respiratoire c.-à-d., pneumonie. Signalez immédiatement au médecin responsable les lésions ou les symptômes suspects.
 - Douze à 24 heures après la naissance, prélever les échantillons suivants en vue d'une culture pour le VHS dans le cas des nourrissons asymptomatiques :
 - urine
 - rectum ou selles
 - bouche
 - conjonctive
 - nasopharynx
 - Le nourrisson est symptomatique :
 - Pour diagnostiquer une infection au VHS chez un nourrisson symptomatique, prendre tous les échantillons suivants aux fins d'une recherche virologique :
 - Liquide issu des vésicules
 - Raclements de la base des vésicules
 - Écouvillonnage de la bouche et du nasopharynx
 - Écouvillonnage de la conjonctive
 - Urine
 - Écouvillonnage rectal ou selles

- Liquide cérobrospinal (l'échantillon doit être prélevé avant le traitement antiviral)
- Prendre des précautions contre la transmission par contact si des lésions sont présentes.
- Procéder au traitement antiviral.
- Débuter un traitement antiviral si les résultats de culture des échantillons prélevés sur le nourrisson sont positifs ou si le VHS est fortement soupçonné cliniquement.

MANUEL SUR LES POLITIQUES ET PROCÉDURES EN MATIÈRE DE SOINS EN PÉRINATALITÉ

SECTION : Prévention et contrôle des infections DATE D'APPLICATION :

TITRE : **Virus de l'hépatite B (VHB)**

NUMÉRO : DATE DE RÉVISION :

PAGES : 2

BUT

Prévenir la transmission du virus de l'hépatite B (VHB) aux nourrissons.

POLITIQUE

Le [nom de l'établissement] a pour politique de prévenir la transmission de l'infection au VHB aux nourrissons par les mères ayant contracté la maladie en prodiguant des soins efficaces à la mère et au nourrisson avant, pendant et après l'accouchement.

PROCÉDURE

1. Soins apportés à la mère atteinte du VHB

- Faire subir un test de dépistage prénatal à toutes les mères pour détecter la présence de l'antigène de surface (AgHBs).
- Consigner le statut à l'égard de l'AgHBs dans le dossier médical de la mère.
- Sensibiliser les mères infectées par le VHB aux risques de transmission à leur nourrisson et aux mesures préventives.
- Les mères infectées par le VHB peuvent allaiter.
- Utiliser les pratiques de base à l'égard de la mère atteinte du VHB.

2. Soins apportés au nourrisson

- Laver complètement le nourrisson pour enlever le sang maternel avant l'administration de médicaments injectables; en cas d'urgence, nettoyez soigneusement les sites d'injection avant d'administrer les médicaments.
- Utiliser les pratiques de base à l'égard des nourrissons nés de mères infectées par le VHB.
- Administrez l'immunoglobuline de l'hépatite B et le vaccin contre l'hépatite B dans les 12 heures suivant la naissance, à des endroits du corps différents.
- Si aucun statut à l'égard de l'AgHBs n'est précisé dans le dossier médical de la mère :
 - Vérifier la présence de l'AgHBs chez la mère dans les 12 heures suivant l'accouchement.
 - Si les résultats des tests de détection de l'AgHBs ne peuvent être disponibles dans un délai de 12 heures ou si des tests ne peuvent être effectués :

- Nourrissons de plus de 2 kg : administrer le vaccin contre l'hépatite B dans les 12 heures suivant la naissance. Envisagez l'administration d'un vaccin et de l'immunoglobuline de l'hépatite B selon les facteurs de risque de la mère.
- Nourrissons de plus de 2 kg : administrer l'immunoglobuline de l'hépatite B et le vaccin contre l'hépatite B dans les 12 heures suivant la naissance.
- Si le résultat du test de détection de l'AgHBs est positif, administrer l'immunoglobuline de l'hépatite B (si elle n'a pas déjà été administrée).
- Répéter l'administration du vaccin contre l'hépatite B lorsque le nourrisson est âgé de un mois et de six mois. Remarque : Pour les nourrissons prématurés qui pèsent moins de 2 kg à la naissance, la dose de vaccin initiale ne doit pas être comptée dans l'administration des trois doses requises et les trois doses suivantes doivent être administrées selon le calendrier de vaccination des nourrissons prématurés, autrement dit, quatre doses sont recommandées pour le nourrisson prématuré.
- Si la mère est AgHBs négative et le père, AgHBs positif, le nourrisson devrait recevoir le vaccin contre l'hépatite B parce qu'il fait partie d'un ménage où vivent des porteurs de l'AgHBs.
- Remettre aux parents un dossier d'immunisation.
- Prévenir la santé publique locale que des nourrissons sont nés de mères AgHBs positives afin que des doses de vaccin appropriées soient données aux nourrissons.

MANUEL SUR LES POLITIQUES ET PROCÉDURES EN MATIÈRE DE SOINS EN PÉRINATALITÉ

SECTION :	Prévention et contrôle des infections	DATE D'APPLICATION :
TITRE :	Virus contre l'hépatite C (VHC)	DATE D'EXAMEN :
NUMÉRO :		DATE DE RÉVISION :
PAGES :	1	

BUT

Gérer et atténuer les risques de transmission du virus de l'hépatite C (VHC) aux nourrissons.

POLITIQUE

Le [nom de l'établissement] a pour politique de prévenir la transmission de l'infection au VHC aux nourrissons par les mères ayant contracté l'infection.

PROCÉDURE

1. Soins apportés à la mère atteinte du VHC

- Faire subir un test de dépistage prénatal aux mères courant un risque élevé d'avoir contracté le VHC.
- Les mères qui sont atteintes du VHC doivent être aiguillées vers un hépatologue, un gastro-entérologue ou un spécialiste des maladies infectieuses pour obtenir une évaluation médicale.
- Les mères infectées par le VHC doivent être avisées qu'aucun cas de transmission du VHC par allaitement n'a été observé et que l'allaitement n'est pas contre-indiqué. La décision d'allaiter doit reposer sur une discussion éclairée entre la mère et le professionnel de la santé.

- Si les mamelons sont fissurés et saignent, il faut s'abstenir d'allaiter.
- Utiliser les pratiques de base à l'égard de la mère atteinte du VHC.

2. Soins apportés au nourrisson

- Laver complètement le nourrisson pour enlever le sang maternel avant que les médicaments injectables soient administrés; en cas d'urgence, nettoyer soigneusement les sites d'injection avant d'administrer les médicaments.
- Utiliser les pratiques de base à l'égard des nourrissons nés de mères infectées par le VHC.
- Évaluer à l'âge de 18 mois les enfants dont la mère est porteuse du VHC.
- Les enfants infectés par le VHC doivent être aiguillés vers un hépatologue en pédiatrie, un pédogastro-entérologue ou un spécialiste des maladies infectieuses infantiles.

MANUEL SUR LES POLITIQUES ET PROCÉDURES EN MATIÈRE DE SOINS EN PÉRINATALITÉ

SECTION	Prévention et contrôle des infections	DATE D'APPLICATION :
TITRE :	Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	DATE D'EXAMEN :
NUMÉRO :		DATE DE RÉVISION :
PAGES :	2	

BUT

Prévenir la transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) aux nourrissons.

POLITIQUE

Le [nom de l'établissement] a pour politique de prévenir la transmission de l'infection au VIH aux nourrissons par les mères ayant contracté la maladie (ou dont le statut à l'égard du VIH n'est pas connu) en prodiguant des soins efficaces à la mère et au nourrisson avant, pendant et après l'accouchement.

PROCÉDURE

1. Soins apportés à la mère atteinte du VIH : soins prénatals

- Recommander fortement le dépistage du VIH à toutes les femmes enceintes, indépendamment des résultats de tests antérieurs, avec le counseling approprié; celles-ci doivent aussi donner leur consentement préalablement au test.
- Faire subir d'autres tests chaque trimestre aux femmes qui sont séronégatives pour le VIH et qui continuent de présenter un risque d'exposition élevé au VIH.
- Diriger les femmes enceintes infectées au VIH vers des praticiens experts dans le soin aux femmes séropositives (p. ex., un obstétricien et un spécialiste du VIH) pour faciliter les soins à ces personnes; donnez des conseils sur les soins à prévoir pendant la grossesse, le travail/l'accouchement et la période post-partum.
- Un spécialiste du VIH de concert avec un obstétricien connaissant bien les soins à donner aux femmes séropositives déterminera le mode d'accouchement. Si la charge virale dépasse 1000 copies/ml, une césarienne de convenance à 38 semaines de gestation est recommandée. Si la charge virale se situe entre 50 et 999 copies/ml, une césarienne de

convenance doit être envisagée. Si la charge virale est inférieure à 50 copies/ml, une césarienne systématique n'est pas recommandée¹⁵⁰.

- Communiquer l'information concernant le statut de la mère à l'égard du VIH au service de maternité et aux fournisseurs de soins de santé qui prendront soin du nourrisson immédiatement après sa naissance.

2. Soins apportés à la mère atteinte du VIH : soins intrapartum

- Utiliser les pratiques de base pour la mère atteinte du VIH.
- Éviter le monitoring du cœur fœtal, le prélèvement du pH au niveau du cuir chevelu, les mesures de pression intra-utérine et la rupture artificielle des membranes pendant le travail afin de réduire le risque de transmission de l'infection au nourrisson.
- Offrir aux femmes ne recevant aucun soin prénatal et dont le statut à l'égard du VIH est inconnu une prophylaxie contre le VIH, à l'étape du travail au moment de l'accouchement, si elles sont à haut risque et qu'un test de dépistage rapide n'est pas disponible (p. ex. la zidovudine par voie intraveineuse).
- Obtenir l'aide et les conseils de praticiens experts dans le soin aux femmes séropositives en ce qui trait au traitement antirétroviral pendant le travail et l'accouchement. Outre le traitement antirétroviral, il faut administrer de la zidovudine par voie intraveineuse du début du travail à l'accouchement.

3. Soins apportés à la mère atteinte du VIH : soins postpartum

- Utiliser les pratiques de base à l'égard de la mère atteinte du VIH.
- L'allaitement maternel et l'utilisation du lait maternel extrait sont contre-indiqués. Proposer d'autres solutions possibles à la mère.
- Consulter un spécialiste du VIH, avant l'autorisation de sortie, relativement à la poursuite du traitement antirétroviral et pour effectuer un suivi.

4. Soins apportés au nourrisson

- Laver complètement le nourrisson pour enlever le sang maternel avant l'administration de médicaments injectables; en cas d'urgence, nettoyez soigneusement les sites d'injection avant d'administrer les médicaments.
- Utiliser les pratiques de base à l'égard des nourrissons nés de mères infectées à VIH.
- Consulter le plus tôt possible un spécialiste de l'infection au VIH chez les enfants (si ce n'est déjà fait).
- Administrer une prophylaxie antirétrovirale (en l'occurrence, la zidovudine) dès que possible, soit dans les 12 heures après la naissance.
- La zidovudine continue généralement d'être administrée pendant six semaines. D'autres antirétroviraux peuvent être nécessaires selon l'état de la mère.
- Faire un test pour détecter la présence de l'ADN du VIH chez le nourrisson dans les 14 à 21 jours après la naissance; si le résultat est négatif, répéter le test une fois que l'enfant a atteint un ou deux mois, puis quatre ou six mois.
- Assurer un suivi auprès du spécialiste de l'infection au VIH chez les enfants avant l'autorisation de sortie.

SECTION : Prévention et contrôle des infections

DATE D'APPLICATION :

TITRE **Virus varicelle-zona**

DATE D'EXAMEN :

NUMÉRO :

DATE DE RÉVISION :

PAGES : 2

BUT

Prévenir la transmission de la varicelle aux nourrissons.

POLITIQUE

Le [nom de l'établissement] a pour politique de prévenir la transmission de l'infection varicelleuse aux nourrissons qui sont nés de mères ayant contracté la maladie en prodiguant des soins efficaces à la mère et au nourrisson avant, pendant et après l'accouchement.

PROCÉDURE

1. Soins apportés à la mère

- Évaluer si la mère est immunisée contre la varicelle pendant la grossesse, c.-à-d., vérifiez si elle a déjà eu la varicelle, le zona ou si elle a reçu deux doses de vaccin contre la varicelle.
- N'administrer pas le vaccin contre la varicelle pendant la grossesse.
- Si la mère est réceptive à la varicelle, lui offrir un vaccin après l'accouchement.
- Administrer des immunoglobulines contre la varicelle aux femmes enceintes réceptives exposées dans les 96 heures suivant l'exposition.
- Les femmes enceintes réceptives exposées qui sont hospitalisées au cours de la période de transmissibilité doivent être soumises à des précautions contre la transmission par voie aérienne, du jour 8 au jour 21 après l'exposition. Si des immunoglobulines contre la varicelle sont administrées, prolonger la période à 28 jours après l'exposition. S'assurer que tous les fournisseurs de soins savent si la mère doit accoucher pendant la période de transmissibilité. Si le nourrisson est à la pouponnière ou à l'unité des soins intensifs néo-nataux, il se peut que la mère n'ait pas accès à la pouponnière ou à l'unité tant que toutes les lésions ne sont pas sèches et recouvertes de croûtes.
- Les mères ayant contracté la varicelle doivent être soumises à des précautions contre la transmission par voie aérienne pendant au moins cinq jours après le début de l'éruption, jusqu'à ce que toutes les lésions soient recouvertes de croûtes. Si le nourrisson est à la pouponnière ou à l'unité des soins intensifs néo-nataux, il se peut que la mère n'ait pas accès à la pouponnière ou à l'unité tant que toutes les lésions ne sont pas sèches et recouvertes de croûtes.
- Les mères ayant contracté la varicelle peuvent allaiter ou fournir du lait maternel extrait.
- Seuls les employés immunisés peuvent fournir des soins aux mères atteintes de la varicelle.
- Seules les personnes immunisées peuvent rendre visite à une mère atteinte de la varicelle.

2. Soins apportés au nourrisson

- Nourrissons exposés (c.-à-d., apparition de la varicelle chez la mère cinq jours ou moins avant l'accouchement ou dans les 48 heures après l'accouchement OU après l'exposition à la pouponnière ou à l'unité des soins intensifs néo-nataux) :

- le nourrisson doit être soumis à des précautions contre la transmission par voie aérienne huit jours avant l'exposition jusqu'à 28 jours après l'exposition;
- administrer des immunoglobulines contre la varicelle aux nourrissons exposés dès que possible, soit dans les 96 heures suivant l'exposition;
- pour les nourrissons qui sont nés pendant cette période à haut risque, une consultation auprès d'un spécialiste des maladies infectieuses chez les enfants doit être envisagée.
- Les nourrissons qui développent la varicelle doivent être soumis à des précautions contre la transmission par voie aérienne pendant au moins cinq jours après le début de l'éruption, jusqu'à ce que toutes les lésions soient recouvertes de croûtes.
- Seuls les employés immunisés peuvent fournir des soins aux nourrissons atteints de la varicelle ou aux nourrissons qui ont été exposés à celle-ci.
- Seuls les parents et les visiteurs immunisés peuvent rendre visite à un nourrisson atteint de la varicelle.

3. *Zona localisé chez la mère*

- Des immunoglobulines contre la varicelle doivent être administrées au nourrisson qui est né après 28 semaines de gestation.
- Une chambre privée doit être réservée à la mère. Seul le personnel immunisé peut y avoir accès.
- Si les lésions sont contrôlées, la mère peut avoir accès à l'unité des soins intensifs néonataux, mais ne peut toucher que son nourrisson.

III. Résumé des recommandations en vue d'assurer l'adoption de pratiques exemplaires de prévention et de contrôle des infections en périnatalogie

Ce tableau récapitulatif vise à soutenir l'autoévaluation interne du lieu de soins à des fins d'amélioration de la qualité. Ce résumé pourra être utilisé à titre d'outil de vérification de la conformité.

Recommandation		Conformité	Conformité partielle	Non-conformité	Plan d'action	Responsabilité
Pratiques de base						
1.	Tous les milieux de soins qui fournissent des soins à la mère et au nouveau-né devraient suivre les pratiques exemplaires en matière de pratiques de base du CCPMI. En particuliers : a) On doit procéder à une évaluation des risques au point de services avant chaque interaction avec une mère ou un nouveau-né pour déterminer les interventions nécessaires pour prévenir la transmission de micro-organismes.[BIII] b) Tous les milieux de soins de santé doivent mettre en œuvre un programme complet d'hygiène des mains qui respecte les pratiques exemplaires recommandées. [AI] c) Les fournisseurs de soins de santé doivent porter de l'équipement de protection individuelle (ÉPI), conformément à l'évaluation des risques afin de prévenir l'exposition à des matières organiques comme du sang, des liquides organiques (y compris le lait maternel), des sécrétions (y compris les sécrétions vaginales) et des					

Recommandation		Conformité	Conformité partielle	Non-conformité	Plan d'action	Responsabilité
	excrétions (y compris le méconium). [AI]					
2.	Tous les milieux de soins devraient adopter des politiques, des procédures et des pratiques pour assurer le maintien d'un environnement propre et sûr. [AI]					
3.	Les programmes pour les mères et nouveau-nés devraient mener des activités de surveillance des procédés et résultats associés aux infections acquises en milieu de soins périnatal, accompagnées d'analyses et de rétroaction. [AI]					
Précautions supplémentaires						
4.	Tous les milieux offrant des soins à la mère et au nouveau-né devraient suivre les pratiques exemplaires du CCPMI en matière de précautions supplémentaires, basées sur le mode de transmission. [BII]					
Infections périnatales						
5.	Tous les programmes aux mères et nouveau-nés devraient établir un processus visant à assurer l'immunisation appropriée des femmes en âge d'avoir des enfants.[AI]					
6.	Tous les programmes aux mères et nouveau-nés devraient établir des politiques et procédures pour prévenir la transmission verticale du streptocoque du groupe B (SGB), de l'herpès simple (VHS), de l'hépatite B (VHB), du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et de la grippe. [AI]					

Recommandation		Conformité	Conformité partielle	Non-conformité	Plan d'action	Responsabilité
Nutrition						
7.	Le lait maternel représente le choix optimal en matière d'alimentation du nouveau-né. Seul le lait de la mère ou du lait provenant d'une banque de lait agréée ne doit être utilisé. [AI]					
8.	Tous les milieux de soins qui offrent des soins à la mère ou au nouveau-né devraient établir des processus en vue de l'extraction, de la manipulation, de la décongélation, de la conservation et de l'administration du lait maternel. [AIII]					
9.	Une politique écrite exhaustive, qui inclut des mesures de divulgation et une marche à suivre, devrait être accessible en cas d'erreurs relatives à l'administration de lait maternel. [AIII]					
10.	À moins de contre-indications médicales, on devrait toujours privilégier les préparations liquides de commerce pour nourrissons plutôt que les préparations de commerce en poudre. [AI]					
11.	On devrait ajouter les agents d'enrichissement et additifs en doses uniques, au moyen de procédures aseptiques. [AIII]					
12.	Les établissements devraient adopter une politique sur les infections qui exigent l'arrêt de l'allaitement ou de l'administration de lait maternel, ou encore la séparation de la mère et du nouveau-né. [AI]					

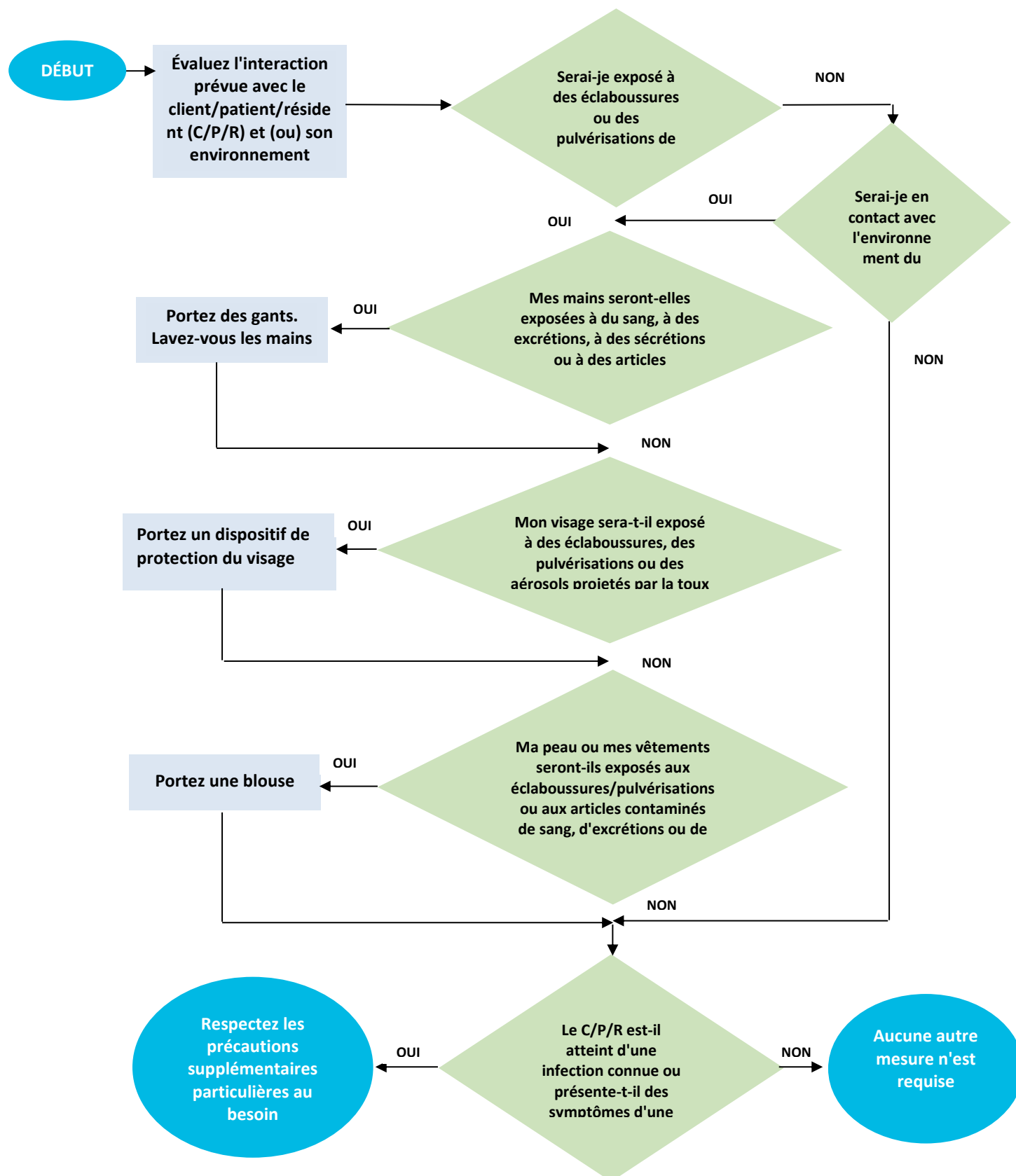
Recommandation		Conformité	Conformité partielle	Non-conformité	Plan d'action	Responsabilité
Prévention des infections associées aux cathéters veineux centraux						
13.	Toutes les UNSI devraient avoir un programme d'amélioration de la qualité pour la prévention des infections sanguines associées aux cathéters centraux qui inclut des activités de sensibilisation et de formation, de la surveillance, des ensembles de mesures d'insertion et d'entretien, des critères de retrait et de remplacement et des vérifications de pratiques.					

Annexe A : Système de classement des recommandations

Catégories relatives à la fermeté de chaque recommandation	
CATÉGORIE	DÉFINITION
A	Preuves suffisantes pour recommander l'utilisation.
B	Preuves acceptables pour recommander l'utilisation.
C	Preuves insuffisantes pour recommander ou déconseiller l'utilisation.
D	Preuves acceptables pour déconseiller l'utilisation.
E	Preuves suffisantes pour déconseiller l'utilisation.
Catégories relatives à la qualité des preuves sur lesquelles reposent les recommandations	
CLASSE	DÉFINITION
I	Données obtenues dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.
II	Données obtenues dans le cadre d'au moins un essai clinique bien conçu, sans randomisation, d'études de cohortes ou d'études analytiques cas-témoins, réalisées de préférence dans plus d'un centre, à partir de plusieurs séries chronologiques, ou de résultats spectaculaires d'expériences non comparatives.
III	Opinions exprimées par des sommités dans le domaine et reposant sur l'expérience clinique, des études descriptives ou des rapports de comités d'experts.

REMARQUE : Les recommandations fondées sur un règlement ne feront pas l'objet d'un classement.

Annexe B : Évaluation des risques relatifs aux pratiques de base



Annexe C : Exemple - Nettoyage régulier de l'incubateur

Personnel infirmier

- Détacher les tuyaux de gaz médicaux et autre matériel externe de l'incubateur
- Retirer le matériel médical de l'incubateur et le désinfecter ou l'envoyer au service de retraitement

Personnel des services d'entretien domestique et environnemental

NE PAS UTILISER DE DÉSINFECTANTS PHÉNOLIQUES

- Vérifier s'il y a des objets pointus et tranchants ou d'autres objets à l'intérieur de l'incubateur.
- Retirer tous les objets de l'incubateur.
- Retirer les œillets et les anneaux de porte; les nettoyer et les désinfecter en prévoyant le temps de contact nécessaire.
- Retirer le ruban adhésif des surfaces en verre avec de l'alcool, puis les laver.
- Nettoyer et désinfecter les surfaces en verre.
- Détacher toutes les pièces amovibles à l'intérieur de l'incubateur, les nettoyer et les désinfecter, en prévoyant un contact suffisamment long avec le désinfectant.
- Nettoyer complètement l'extérieur de l'incubateur, y compris les roues.
- Après avoir laissé suffisamment agir le désinfectant, laver les surfaces en verre à nouveau avec un chiffon propre humecté avec de l'eau afin d'éliminer tout résidu de désinfectant.
- Remettre en place les pièces de l'incubateur.
- Couvrir l'incubateur et indiquer la date du nettoyage.

Nettoyage prévu

- Nettoyer les incubateurs à intervalles réguliers, (p. ex., toutes les semaines), lorsqu'ils sont visiblement souillés et lorsque leur occupant change.
- Changer les filtres tous les trois mois (ou selon les recommandations du fabricant), lorsqu'ils sont mouillés ou si le nourrisson a fait l'objet de précautions contre les contacts.
- Les plateaux humidificateurs sont retraités dans une unité de traitement central (service de traitement centralisé/service de traitement du matériel de chirurgie) après leur utilisation.

Adapté du document du CCPMI intitulé *Pratiques exemplaires en matière de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et de la lutte contre les infections dans tous les établissements de soins de santé*.⁷

Annexe D : Niveau et fréquence minimaux recommandés de nettoyage et de désinfection du matériel de la pouponnière et de l'UNSI

* NOTE : Il est important de suivre les indications du fabricant relativement au nettoyage et à la désinfection du matériel médical.

* NOTE : Ne pas utiliser de composés phénoliques à des fins de désinfection à la pouponnière ou à l'UNSI

Produit	Niveau minimal de nettoyage et de désinfection : NS = Nettoyage seulement DC = Nettoyage + désinfection complète DP = Nettoyage + désinfection partielle	Fréquence minimale	Remarques
Appareil d'aspiration	DP	- entre les patients - en présence de saleté	
Brassard de tensiomètre	DP	- entre les mères / nouveau-nés - en présence de saleté	idéalement réservé à la mère / au nouveau-né jusqu'au congé
Couvre-dossiers Reliure et (ou) planchette à pince	NS	en présence de saleté	- Les dossiers et les planchettes ne devraient pas être apportés dans des chambres faisant l'objet de précautions supplémentaires. - remplacer les reliures usées
Cuvette Bain ou lessive	DP	après chaque utilisation	sécher complètement avant l'utilisation
Doppler Transducteurs	DP	après chaque utilisation	essuyer immédiatement après l'utilisation afin d'enlever le gel pour ultrasons résiduel avant le nettoyage
Doppler Sondes	DP	après chaque utilisation	Les sondes qui entrent en contact avec des muqueuses ou de la peau non intacte exigent une désinfection complète.

Produit	Niveau minimal de nettoyage et de désinfection : NS = Nettoyage seulement DC = Nettoyage + désinfection complète DP = Nettoyage + désinfection partielle	Fréquence minimale	Remarques
ECG Machine et câbles	DP	▪ entre les patients	
Fixations murales pour les appareils d'oxygène et d'aspiration	DP	▪ entre les patients ▪ en présence de saleté	
Imagerie diagnostique Portable machine	DP	▪ entre les patients	
Portable – cassette/grille portable	DP	▪ entre les patients	
Incubateur	DP	▪ toutes les semaines ▪ en présence de saleté	▪ Voir l' Annexe C
Laryngoscope Poignée	DP	▪ entre les patients	
Lame	DC	▪ entre les patients	
Lit d'enfant	DP	▪ toutes les semaines ▪ en présence de saleté ▪ entre les nouveau-nés	
Marteau à réflexe	DP	▪ entre les patients	
Matériel de télésurveillance Moniteur et câbles	DP	▪ entre les patients ▪ en présence de saleté	
Matériel pour intraveineuse Pompes, supports et réchauffeurs de fluides	DP	▪ entre les patients ▪ en présence de saleté	
Moniteur d'apnée Moniteur / électrodes	DP	▪ entre les nouveau-nés ▪ en présence de	

Produit	Niveau minimal de nettoyage et de désinfection : NS = Nettoyage seulement DC = Nettoyage + désinfection complète DP = Nettoyage + désinfection partielle		Fréquence minimale	Remarques
saleté				
Ophtalmoscope	DP		▪ entre les patients	
Otoscope	DP		▪ entre les patients	
Poignée				
Spéculum d’oreille	Jetables ou DC		▪ entre les patients	
Embout – dépistage des émissions oto-acoustiques	Jetables ou DC		▪ entre les patients	
Pèse-personne				
Couche	DP		▪ après chaque utilisation	
Nouveau-né	DP		▪ après chaque utilisation	
Pince de cordon ombilical				▪ produit jetable à usage unique éliminé après son utilisation
Sonde oxymétrique	DP		▪ entre les patients	▪ si sonde à usage unique, élimination après usage
Stéthoscope	DP		▪ après chaque utilisation	▪ Chaque personne devrait idéalement utiliser son propre stéthoscope.
Transducteur ultrasonore	DP		▪ entre les patients	▪ procéder à une désinfection complète dans le cas de contacts avec des muqueuses ou de la peau endommagée
Poignée et câble	DP			
Externe				

Adapté du document du CCPMI intitulé *Pratiques exemplaires en matière de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et de la lutte contre les infections dans tous les établissements de soins de santé.*⁷

Annexe E : mise en place et retrait de l'équipement de protection individuelle (ÉPI)

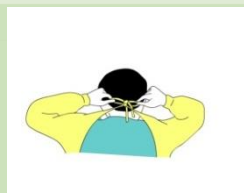
MISE EN PLACE DE L'ÉPI

1. Se laver les mains



2. Enfiler la blouse

Attacher fermement au niveau du cou et des poignets



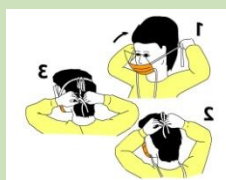
5. Enfiler les gants

- Enfiler les gants, en prenant soin de ne pas les déchirer ou les perforer.
- Si l'on porte une blouse, les gants se portent par-dessus les poignets de celle-ci.



3. Mettre un masque ou un respirateur N95

- Placer le masque sur le nez et sous le menton.
- Resserrer les attaches, les boucles ou les courroies.
- Moufler la pièce de métal sur la voûte du nez.
- En ce qui concerne les respirateurs, effectuer une vérification de l'étanchéité



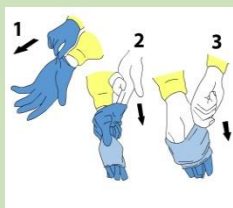
4. Mettre des lunettes de protection

- Mettre des lunettes de protection et les ajuster.
- L'écran facial doit être porté au-dessus des sourcils.



1. Retirer les gants

- Retirer les gants en employant une technique qui élimine le contact de la peau avec les gants.
- Saisir le bord extérieur du gant près du poignet, puis faire glisser le gant en le retournant à l'envers.
- Passer la main dans le deuxième gant et le faire glisser.
- Mettre immédiatement les gants au rebut dans une poubelle.



6. Se laver les mains



2. Retirer la blouse

- Enlever la blouse de façon à prévenir la contamination des vêtements ou de la peau.
- En commençant avec les attaches au niveau du cou, tirer le côté extérieur « contaminé » de la blouse vers l'avant et puis la retourner vers l'intérieur, rouler les manches en boule, puis jeter la blouse immédiatement de façon à minimiser le déplacement d'air.



3. Se laver les mains



5. Retirer le masque ou le respirateur N95

- Les attaches, les boucles latérales et les courroies sont considérées comme « propres » et peuvent être touchées avec les mains.
- L'avant du masque ou du respirateur est considéré comme contaminé.
- Détacher les attaches du bas, puis celles du haut ou saisir les courroies ou les boucles latérales.
- Tirer le masque ou le respirateur vers l'avant, en se penchant vers l'avant afin de dégager le visage.
- Mettre immédiatement le masque ou le respirateur au rebut dans une poubelle.



4. Retirer les lunettes de protection

- Les branches des lunettes à coques et le serre-tête des écrans faciaux sont considérés comme « propres » et ils peuvent être touchés avec les mains.
- L'avant des lunettes à coques ou de l'écran facial est considéré comme contaminé.
- Retirer les lunettes de protection en manipulant uniquement les branches, les côtés ou l'arrière.
- Les jeter dans une poubelle ou dans un contenant approprié afin qu'elles soient envoyées au retraitement.
- Les lunettes de protection appartenant à l'employé qui les porte, doivent être nettoyées après chaque utilisation.



Annexe F : Sommaire des maladies infectieuses associées à la périnatalogie

Infection/ Organisme	Précautions pour la mère	Précautions pour le nouveau-né	Contacts mère/nouveau -né	Allaitement	Remarques
Abréviations : LME = Lait maternel extrait UNSI = Unité néonatale de soins intensifs					
Syndrome d'immunodéficience acquise (sida) - Voir infection à VIH					
Organismes antibiorésistants Exemples : SARM, ERV et bactéries productrices de BLSE Mère	Précautions contre les contacts	Précautions contre les contacts	Permis	Permis	Informer le service de prévention et de contrôle des infections - Nouveau-né partage la chambre avec la mère - Si besoin d'admettre le nouveau-né à l'UNSI, application des précautions contre les contacts
Nouveau-né	Utilisation des pratiques de base par la mère	Précautions contre les contacts	Permis	Permis	
Campylobacter - Voir diarrhée					
Candida Mère	Pratiques de base	Pratiques de base	Permis	Permis	
Nouveau-né	Pratiques de base	Pratiques de base	Permis	Permis	
Varicelle Mères malade - Bébé né à terme	Protection contre la transmission par voie aérienne Personnel immunisé seulement	Nouveau-né partage la chambre avec la mère	Permis	Permis	MALADIE À DÉCLARATION OBLIGATOIRE - Informer le service de prévention et de contrôle des infections - Administrer de l'immunoglobuline anti-varicelle (Varlg) au nouveau-né si l'apparition chez la mère ≤5 jours avant l'accouchement ou dans les 48 heures suivant l'accouchement - Continuer les précautions jusqu'à la cicatrisation des lésions - Exclure le personnel susceptible - Seuls les parents et visiteurs immunisés peuvent rendre
Mère malade – nouveau-né à l'UNSI	Protection contre la transmission par voie aérienne	- Pratiques de base jusqu'au 8^e jour - Protection contre la	Non permis	LME permis	

Infection/ Organisme	Précautions pour la mère	Précautions pour le nouveau-né	Contacts mère/nouveau -né	Allaitement	Remarques
Abréviations : LME = Lait maternel extrait UNSI = Unité néonatale de soins intensifs					
	- Personnel immunisé seulement - Mère non admise à l'UNSI	transmission de micro-organismes par voie aérienne à partir du 8 ^e jour, jusqu'au 21 ^e jour inclusivement s'il n'y a pas eu d'administration de Varlg, et jusqu'au 28 ^e jour inclusivement s'il y a eu administration de Varlg. Personnel immunisé seulement			visite. - Immunité signifie antécédents de varicelle ou de zona, ou vaccination contre la varicelle - Efficacité du vaccin contre la varicelle de 70 % à 90 %. Les personnes vaccinées contre la varicelle doivent être informées du risque de développer la varicelle. Recommandations récentes de deux doses pour chaque groupe d'âge admissible - Consulter la Section I.4.G pour plus d'information sur la varicelle.
Mère susceptible – contact avec la varicelle	Protection contre la transmission de micro-organismes par voie aérienne à partir du 8^e jour, jusqu'au 21^e jour inclusivement s'il n'y a pas eu d'administration de Varlg, et jusqu'au 28^e jour	Pratiques de base	Permis	Permis	

Infection/ Organisme	Précautions pour la mère	Précautions pour le nouveau-né	Contacts mère/nouveau -né	Allaitement	Remarques
Abréviations : LME = Lait maternel extrait UNSI = Unité néonatale de soins intensifs					
	inclusivement s'il y a eu administration de Varlg. Personnel immunisé seulement				
Varicelle Nourrisson à l'UNSI – Varicelle ou contact avec la varicelle	Seules les parents et visiteurs immunisés peuvent rendre visite	- Protection contre la transmission par voie aérienne - Seul le personnel immunisé	Permis, si la mère est immunisée	Permis	
Chlamydia Mère	Pratiques de base	Pratiques de base	Permis	Permis	MALADIE À DÉCLARATION OBLIGATOIRE Traiter la mère et le conjoint avant le congé
Conjonctivite et (ou) pneumonie chez le nourrisson	Pratiques de base	Pratiques de base	Permis	Permis	
Chorioamnionite	Pratiques de base	Pratiques de base	Permis	Permis	
Feu sauvage – Voir herpès simple					
Conjonctivite Bactérienne	Pratiques de base	Pratiques de base	Permis	Permis	- Mettre l'accent sur l'hygiène des mains - Vérifier la présence de <i>Chlamydia</i> et d'agents pathogènes viraux ou bactériens - Si étiologie douteuse, appliquer les précautions contre les contacts jusqu'à sa détermination
Adénovirus Mère	- Précautions contre les contacts - Aucun partage des serviettes, débarbouillet-	Pratiques de base	Nourrisson en santé, né à terme : - Dans la chambre - Prudence extrême relativement à l'hygiène des	Permis	

Infection/ Organisme	Précautions pour la mère	Précautions pour le nouveau-né	Contacts mère/nouveau -né	Allaitement	Remarques
Abréviations : LME = Lait maternel extrait UNSI = Unité néonatale de soins intensifs					
	tes, oreillers, etc.		mains ▪ Aucun partage des serviettes, de linges, etc. Nourrisson à l'UNSI : Mère NON admise à l'UNSI après apparition dans le 2 ^e œil	LME permis	
Nouveau-né	Pratiques de base	Précautions contre les contacts		Permis	
Cytomégalovirus					
Mère	Pratiques de base	Pratiques de base	Permis	Permis	
Nouveau-né	Pratiques de base	Pratiques de base	Permis	Permis	
Diarrhée non diagnostiquée	Précautions contre les contacts jusqu'à exclusion de la bactérie à <i>C. difficile</i> ou de la gastro-entérite virale	Pratiques de base	Permis	Permis	Informez le service de prévention et de contrôle des infections
Diarrhée					
Mère - bactérienne	▪ Pratiques de	Pratiques de base	Bébé en santé né à terme : permis	Permis	MALADIE À DÉCLARATION OBLIGATOIRE ▪ Précautions en place jusqu'à 48 heures après la fin des

Infection/ Organisme	Précautions pour la mère	Précautions pour le nouveau-né	Contacts mère/nouveau -né	Allaitement	Remarques
Abréviations : LME = Lait maternel extrait UNSI = Unité néonatale de soins intensifs					
(y compris salmonelle, sahigella, campylobactérie, <i>E. coli O :157</i> , Yersinia)	base ▪ Chambre à un lit avec salle de bains		Nouveau-né à l'UNSI : Non permis jusqu'à 48 heures après la fin des symptômes	LME permis	symptômes ▪ Mettre l'accent sur l'hygiène des mains auprès de la mère en raison du risque de poursuite des excréments
Mère - <i>bactérie C. Difficile</i>	▪ Précautions contre les contacts ▪ Chambre individuelle avec salle de bains	Pratiques de base	Permis	Permis	MALADIE À DÉCLARATION OBLIGATOIRE SI PARTIE D'UNE ÉCLOSION Informez le service de prévention et de contrôle des infections ▪ <i>Bactérie C. Difficile</i> peut nécessiter un nettoyage plus rigoureux avec agents sporicides ▪ Note : La <i>bactérie C. Difficile</i> est normalement présente chez les nouveau-nés. ▪ Souligner l'importance de l'hygiène des mains à la mère
Mère - <i>viral</i> (p. ex., norovirus)	▪ Précautions contre les contacts Chambre individuelle avec salle de bains	Pratiques de base	Bébé en santé né à terme : permis	Permis	
			Nouveau-né à l'UNSI : Mère non admise jusqu'à 48 heures après la fin des symptômes	Permis sous forme de LME	
Diarrhée Nouveau-né - bactérienne (soupçonnée ou confirmée)	Pratiques de base	Précautions contre les contacts	Permis	Permis	
Nouveau-né - viral (p. ex. norovirus, rotavirus)	Pratiques de base	▪ Précautions contre les contacts ▪ S'assurer de placer immédiatement	Permis	Permis	

Infection/ Organisme	Précautions pour la mère	Précautions pour le nouveau-né	Contacts mère/nouveau -né	Allaitement	Remarques
Abréviations : LME = Lait maternel extrait UNSI = Unité néonatale de soins intensifs					
		les couches dans le sac à l'épreuve des fuites			
Endométrite	Pratiques de base	Pratiques de base	Permis	Permis	Si infection à streptocoque du groupe A, voir <i>INFECTION STREPTOCOCCIQUE - groupe A</i>.
Entérovirus Mère	Pratiques de base	Pratiques de base	Bébé en santé né à terme : permis	Permis	- Souligner l'importance de l'hygiène des mains à la mère - S'assurer de placer immédiatement les couches dans le sac à l'épreuve des fuites
			Nouveau-né à l'UNSI : Mère non admise jusqu'à 48 heures après la fin des symptômes	Permis sous forme de LME	
Nouveau-né	Pratiques de base	Précautions contre les contacts	Permis	Permis	
Infections gonococciques Mère	Pratiques de base	Pratiques de base	Permis	Permis	MALADIE À DÉCLARATION OBLIGATOIRE Si infection gonococcique chez la mère, aviser le médecin du nouveau-né immédiatement
Nouveau-né - conjonctivite, abcès du cuir chevelu, sepsie	Pratiques de base	Pratiques de base	Permis	Permis	- Traiter la mère et son conjoint avant le congé - Examiner le nouveau-né pour détecter les preuves d'infection cliniques ou de laboratoire. S'il n'existe aucune preuve d'infection, le nouveau-né aura besoin de prophylaxie antibiotique. Consultation du médecin requise
Maladie infectieuse pieds-mains-bouche - Voir Entérovirus					
Hépatite Mère - Hépatite A	Pratiques de base	Pratiques de base	Permis	Permis	MALADIE À DÉCLARATION OBLIGATOIRE Hépatite A asymptomatique possible chez les nouveau-nés

Infection/ Organisme	Précautions pour la mère	Précautions pour le nouveau-né	Contacts mère/nouveau -né	Allaitement	Remarques
Abréviations : LME = Lait maternel extrait UNSI = Unité néonatale de soins intensifs					
					Excrétion prolongée possible dans les matières fécales
Mère - Hépatite B (Antigène HBs positif)	Pratiques de base	Pratiques de base	Permis	Permis si administration de GIHB et du vaccin contre l'hépatite B au nouveau-né	MALADIE À DÉCLARATION OBLIGATOIRE si cas nouveau - Administration de GIHB et de la première dose du vaccin contre l'hépatite B requise dans les 12 premières heures de vie. Prévoir le suivi en vue de l'administration des 2^e et 3^e doses du vaccin. - Se reporter à la Section I.4.D pour obtenir d'autres renseignements sur l'hépatite B.
Mère - Hépatite C	Pratiques de base	Pratiques de base	Permis	Permis	MALADIE À DÉCLARATION OBLIGATOIRE si cas nouveau - Immunoglobuline sérique sans effet sur la prévention de la transmission - Transmission de l'hépatite C par le lait maternel non documentée - Se reporter à la Section I.4.E pour obtenir d'autres renseignements sur l'hépatite C.
Herpès simple— maladie active Mère - génitale – accouchement par voie naturelle ou césarienne	Pratiques de base	Voir <i>Nouveau-né – asymptomatique</i>	Permis	Permis	- Si infection génitale à virus de l'herpès chez la mère, aviser le médecin du nouveau-né - Se reporter à la Section I.4.C pour obtenir d'autres renseignements sur l'herpès simple.
Mère - orale ou cutané- muqueux(c'est-à- dire feu sauvage)	Pratiques de base	Pratiques de base	- Permis - Cohabitation mère-nourrisson de préférence	Permis en l'absence de lésions herpétiques sur le sein	- Sensibiliser la mère à l'hygiène des mains. L'aviser de porter un masque ou de recouvrir la lésion en présence du nouveau-né, de ne pas l'embrasser si elle a des lésions et d'éviter de toucher la région infectée - Se reporter à la Section I.4.C pour obtenir d'autres

Infection/ Organisme	Précautions pour la mère	Précautions pour le nouveau-né	Contacts mère/nouveau -né	Allaitement	Remarques
Abréviations : LME = Lait maternel extrait UNSI = Unité néonatale de soins intensifs					
Mère - panaris	Pratiques de base	Pratiques de base	Respecter des pratiques d'hygiène des mains rigoureuses et porter des gants pour tout contact avec le nouveau-né	Permis si des mesures d'hygiène des mains strictes sont appliquées et des gants sont portés	renseignements sur l'herpès simple.
Nouveau-né - asymptomatique (exposition possible durant l'accouchement)	Pratiques de base	Précautions contre les contacts : pour la durée de la période d'incubation (jusqu'à 6 semaines)	Permis	Permis	
Nouveau-né - symptomatique	Pratiques de base	Précautions contre les contacts	Permis	Permis	
NEISSERIA MENINGITIDIS Voir Méningococcie (zona) Mère – localisée	- Pratiques de base - Chambre individuelle recommandée - Personnel immunisé seulement	Pratiques de base	Permis Cohabitation mère-nourrisson de préférence. Admission possible à la pouponnière si lésions sont croûtées et	Permis si les lésions ne sont pas sur le sein	Informez le service de prévention et de contrôle des infections si répandu - Soins prodigués par du personnel immunisé seulement - Visites de personnes immunisées seulement - Précautions en place jusqu'à ce que les lésions soient complètement recouvertes de croûte - Varlg habituellement pas indiqué pour les bébés nés après la 28^e semaine de grossesse si la mère a le zona. - Administration de Varlg si bébé né avant la 28^e semaine de

Infection/ Organisme	Précautions pour la mère	Précautions pour le nouveau-né	Contacts mère/nouveau -né	Allaitement	Remarques
Abréviations : LME = Lait maternel extrait UNSI = Unité néonatale de soins intensifs					
			localisées / UNSI		grossesse
Mère – répandue	- Protection contre la transmission par voie aérienne - Personnel immunisé seulement	Bébé né à terme Cohabitation mère-nourrisson : Pratiques de base Nouveau-né admis à l'UNSI : - Protection contre la transmission de micro-organismes par voie aérienne à partir du 8^e jour, jusqu'au 21^e jour inclusivement s'il n'y a pas eu d'administration de Varlg, et jusqu'au 28^e jour inclusivement s'il y a eu administration de Varlg. - Personnel immunisé seulement	Permis Cohabitation mère-nourrisson de préférence. Mère non admise à l'UNSI tant que les lésions ne sont pas croûtées	- Permis si aucune lésion sur les seins - Si nouveau-né admis à l'UNSI, permis sous forme de LME	- Aucune précaution spéciale pour le nouveau-né; immunisation passive au moyen d'anticorps transmis par la mère (applicable seulement si bébé né après la 28^e semaine de grossesse) - Pour obtenir de plus amples renseignements destinés aux fournisseurs de soins de santé, se reporter aux protocoles de surveillance des maladies transmissibles, disponibles à l'adresse suivante : http://www.oha.com/Services/HealthSafety/Documents/Protocols/Varicelle%20Protocol%20-%20Reviewed%20and%20Revised%20November%202010.pdf

Infection/ Organisme	Précautions pour la mère	Précautions pour le nouveau-né	Contacts mère/nouveau -né	Allaitement	Remarques
Abréviations : LME = Lait maternel extrait UNSI = Unité néonatale de soins intensifs					
Infection à VIH	Pratiques de base	Pratiques de base	Permis	Non	MALADIE À DÉCLARATION OBLIGATOIRE si cas nouveau - Si infection à VIH chez la mère, aviser le médecin du nouveau-né - Vérifier la présence d'autres infections chez la mère - Se reporter à la Section I.4.F pour obtenir plus d'information sur le VIH
Virus lymphotrope de cellule T humain type I et type II (HTLV I/II)	Pratiques de base	Pratiques de base	Permis	Non	
Grippe	Mère Précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes	Pratiques de base	Bébé né à terme en santé : Permis. Port du masque chirurgical par la mère à moins de deux mètres du nouveau-né. Importance accrue de l'hygiène des mains	Permis	MALADIE À DÉCLARATION OBLIGATOIRE - Informer le service de prévention et de contrôle des infections - Considérer l'infection aiguë des voies respiratoires (ARI) comme une grippe durant la saison de la grippe - Risque élevé de complications des suites de la grippe chez les femmes enceintes et nouveau-nés - Femmes qui seront enceintes ou accoucheront durant la saison de la grippe constituent un groupe prioritaire pour l'administration du vaccin inactivé de la grippe - Sensibilisation des mères qui pourraient entrer en contact avec leur nourrisson et directives sur la façon de réduire la transmission (p. ex., hygiène des mains, étiquette respiratoire, port du masque).
			Nouveau-né à l'UNSI : Mère non admise à l'UNSI	Permis sous forme de LME	
Nouveau-né	Pratiques de base	Précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes	Permis	Permis	En situation d'éclosion, possibilité de précautions supplémentaires et de regroupement des nouveau-nés

Infection/ Organisme	Précautions pour la mère	Précautions pour le nouveau-né	Contacts mère/nouveau -né	Allaitement	Remarques
Abréviations : LME = Lait maternel extrait UNSI = Unité néonatale de soins intensifs					
Poux <i>(Pédiculose- Poux de tête)</i>	▪ Pratiques de base	Pratiques de base	Bébé né à terme et en santé : Permis	Permis	▪ Les peignes et brosses peuvent être lavés avec un shampoing pédiculicide ou trempés dans l’eau. ▪ Les poux et œufs exposés à une température de 53,5°C pendant 5 minutes ne survivent pas. ▪ Laver la literie dans de l’eau chaude et la sécher à l’air chaud. Changer la literie de la mère après le traitement. ▪ Porter des gants lors du contact avec des zones affectées jusqu’à la fin du traitement au shampoing pédiculicide.
			Nouveau-né dans l’UNSI : Permis une fois que la mère a fait l’objet d’un traitement adéquat	Permis sous forme de LME jusqu’à ce que la mère ait fait l’objet d’un traitement adéquat	
Listériose					MALADIE À DÉCLARATION OBLIGATOIRE
Mère	Pratiques de base	Pratiques de base	Permis	Permis	
Nouveau-né	Pratiques de base	Pratiques de base	Permis	Permis	
Mastite - Voir <i>Staphylococcus aureus</i>					
Rougeole Mère malade – Nouveau-né à l’UNSI	▪ Protection contre la transmission par voie aérienne ▪ Personnel immunisé seulement ▪ Membres de la famille et autres visiteurs immunisés seulement	▪ Protection contre la transmission par voie aérienne du 7 ^e jour après la première exposition au 21 ^e jour après la dernière exposition ▪ Personnel immunisé seulement ▪ Membres de la famille et autres	Mère non admise à l’UNSI jusqu’au 4 ^e jour après l’apparition des boutons ou pendant toute la durée de la maladie si le système immunitaire est compromis	Permis sous forme de LME jusqu’au 4 ^e jour après l’apparition des boutons seulement, ou pendant toute la durée de la maladie si le système immunitaire est compromis	

Infection/ Organisme	Précautions pour la mère	Précautions pour le nouveau-né	Contacts mère/nouveau -né	Allaitement	Remarques
Abréviations : LME = Lait maternel extrait UNSI = Unité néonatale de soins intensifs					
		visiteurs immunisés seulement			
Nouveau-né - Malade ou exposé	Pratiques de base	- Protection contre la transmission par voie aérienne - Personnel immunisé seulement - Membres de la famille et autres visiteurs immunisés seulement	Mère immunisée : Peut avoir des contacts avec le nouveau-né	Permis	
			Mère susceptible : aucun contact avec le nouveau-né avant l’immunisation	Permis sous forme de LME pendant la durée de la maladie	
Organismes multirésistants - Voir « organismes antibiorésistants (OA) »					
Oreillons Mère	- Précautions contre l’exposition aux gouttelettes - Personnel immunisé seulement - Membres de la famille et autres visiteurs immunisés seulement	Pratiques de base	Bébé né à terme : Permis	Bébé né à terme : Permis	MALADIE À DÉCLARATION OBLIGATOIRE - Informer le service de prévention et de contrôle des infections - Interdiction d’entrer dans la chambre aux personnes non immunisées - Précautions en place jusqu’à 5 jours après le gonflement des glandes parotides - Famille et visiteurs : Sont immunisées contre les oreillons les personnes qui ont des antécédents de rubéole ou ont obtenu le vaccin contre les oreillons.
			Nouveau-né admis à l’UNSI : Mère admise à l’UNSI seulement 5 jours après le gonflement des glandes parotides	Nouveau-né admis à l’UNSI : LME jusqu’à 5 jours après le gonflement des glandes parotides	
Oreillons Nouveau-né admis à l’UNSI –	Pratiques de base	Début des précautions	Mère immunisée : Permis	Permis	

Infection/ Organisme	Précautions pour la mère	Précautions pour le nouveau-né	Contacts mère/nouveau -né	Allaitement	Remarques
Abréviations : LME = Lait maternel extrait UNSI = Unité néonatale de soins intensifs					
exposé ou malade		contre l'exposition aux gouttelettes 10 jours après la première exposition; jusqu'au 26 ^e jour après la dernière exposition ▪ Membres de la famille et autres visiteurs immunisés seulement	Mère susceptible : Permis si la mère applique les précautions contre l'exposition aux gouttelettes Mères susceptibles devraient être vaccinées	Permis as LME	
Coqueluche Mère	Précautions contre l'exposition aux gouttelettes jusqu'à 5 jours après la fin d'un traitement antimicrobien approprié.	Pratiques de base	Bébé né à terme et en santé : Pas permis jusqu'à 5 jours après la fin de l'administration d'une chimioprophylaxie efficace au nouveau-né	Permis si administration d'une chimioprophylaxie au nouveau-né et permis sous forme de LME si aucune prophylaxie	MALADIE À DÉCLARATION OBLIGATOIRE - Informer le service de prévention et de contrôle des infections - Personnel, membres des familles et visiteurs non admis à l'hôpital s'ils ont une infection aiguë des voies respiratoires - L'administration en temps opportun d'une chimioprophylaxie chez les membres du ménage limite de façon efficace la transmission secondaire. - Envisager la chimioprophylaxie chez les mères de nouveau-nés atteints de coqueluche. - Les personnes exposées à une personne infectée devraient être suivies pendant 21 jours après le dernier contact. - Les mères qui n'ont pas reçu de dose de vaccin contre la coqueluche acellulaire devraient se voir offrir une dose durant la période postpartum pour protéger la mère et l'enfant.
			Nouveau-né admis à l'UNSI : Mère non admise à l'UNSI jusqu'à 5 jours après la fin de l'administration d'un traitement efficace	Permis sous forme de LME	
Nouveau-né	Pratiques de base	Précautions	Permis	Permis	

Infection/ Organisme	Précautions pour la mère	Précautions pour le nouveau-né	Contacts mère/nouveau -né	Allaitement	Remarques
Abréviations : LME = Lait maternel extrait UNSI = Unité néonatale de soins intensifs					
		contre l'exposition aux gouttelettes jusqu'à 5 jours après la fin d'un traitement antimicrobien approprié.			
Infections virales respiratoires (autres que la grippe) Mère malade	Précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes	Pratiques de base	Bébé né à terme et en santé : Permis Rappeler l'importance de l'hygiène des mains et porter un masque à moins de deux mètres du nouveau-né	Cohabitation mère-nourrisson : Permis	Personnel, membres des familles et visiteurs non admis à l'hôpital s'ils ont une infection aiguë des voies respiratoires
			Nouveau-né admis à l'UNSI : Non permis à l'UNSI tant que l'infection demeure	Nouveau-né admis à l'UNSI : Permis sous forme de LME	
Nouveau-né malade	Pratiques de base	Précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes	Permis	Permis	MALADIE À DÉCLARATION OBLIGATOIRE si éclosion de maladie respiratoire à l'hôpital– Informez le service de prévention et de contrôle des infections En situation d'éclosion, possibilité de précautions supplémentaires et de regroupement des nouveau-nés

Infection/ Organisme	Précautions pour la mère	Précautions pour le nouveau-né	Contacts mère/nouveau -né	Allaitement	Remarques
Abréviations : LME = Lait maternel extrait UNSI = Unité néonatale de soins intensifs					
Rubéole	Mère	- Précautions contre l'exposition aux gouttelettes - Chambre individuelle - Personnel immunisé non enceinte seulement	- Précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes - Supposer que le nouveau-né a une infection congénitale - Personnel immunisé non enceinte seulement	Bébé né à terme et en santé : Permis	MALADIE À DÉCLARATION OBLIGATOIRE - Informer le service de prévention et de contrôle des infections - Précautions supplémentaires en place jusqu'au 7^e jour après l'apparition des boutons - Immunité à la rubéole devrait être une condition d'emploi du personnel - Personnes susceptibles non admises dans la chambre - Interdiction au personnel enceinte (premier ou deuxième trimestre) de prodiguer des soins, quel que soit l'état immunitaire - Famille et visiteurs : Sont immunisées à la rubéole les personnes qui ont obtenu le vaccin contre la rubéole ou montrent des signes d'immunité lors d'analyses de laboratoire.
				Nouveau-né admis à l'UNSI : Mère non admise jusqu'au 7 ^e jour après l'apparition des boutons	
Nouveau-né - congénital	Pratiques de base	- Précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes - Personnel immunisé non enceinte seulement	Permis	Permis	Possibilité d'excrétion du virus pendant un maximum de deux ans chez les nouveau-nés ayant une infection congénitale
Gale	Précautions contre les contacts jusqu'à	Pratiques de base	Bébé né à terme et en santé : Permis une fois que	Permis une fois que la mère a reçu un	La literie et les vêtements portés contre la peau pendant les 4 jours précédant le traitement doivent être lavés à l'eau

Infection/ Organisme	Précautions pour la mère	Précautions pour le nouveau-né	Contacts mère/nouveau -né	Allaitement	Remarques
Abréviations : LME = Lait maternel extrait UNSI = Unité néonatale de soins intensifs					
	ce que la mère ait reçu un traitement approprié		la mère a reçu un traitement approprié Nouveau-né admis à l'UNSI : Permis une fois que la mère a reçu un traitement approprié	traitement approprié ou permis sous forme de LME	chaude et séchés à l'eau chaude. Fournir à la mère des vêtements et de la literie fraîchement lavés après le traitement
Staphylococcus aureus – Voir « organismes antibiorésistants (MRA) » pour « Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM) »					
Staphylococcus aureus Mère - mastite	Pratiques de base	Pratiques de base	Permis	Permis	En présence d'une mastite, il peut être prudent de ne pas allaiter les nouveau-nés prématurés du sein affecté.
Mère - Abscess du sein	Pratiques de base	Pratiques de base	Permis	Bébé né à terme et en santé : Permis Nouveau-né admis à l'UNSI : Permis du sein non affecté	
Mère - Infection de plaie mineure (contenue) ou syndrome de choc toxique	Précautions contre les contacts jusqu'à 24 heures après un traitement efficace	Pratiques de base	Permis si l'écoulement de la plaie est contenu adéquatement	Permis	Informez le service de prévention et de contrôle des infections Changer le pansement et la blouse de la mère et faire en sorte que la mère applique les mesures d'hygiène des mains avant tout contact avec le nouveau-né

Infection/ Organisme	Précautions pour la mère	Précautions pour le nouveau-né	Contacts mère/nouveau -né	Allaitement	Remarques
Abréviations : LME = Lait maternel extrait UNSI = Unité néonatale de soins intensifs					
Mère - Plaie importante (non contenue)	Précautions contre les contacts	Pratiques de base	Permis si l'écoulement de la plaie peut être contenu adéquatement (voir les remarques)	Permis	En situation d'éclosion, possibilité de précautions supplémentaires et de regroupement des nouveau-nés
Nouveau-né - pneumonie	Pratiques de base	Pratiques de base	Permis	Permis	
<i>Staphylococcus aureus</i> Nouveau-né - Lésions de la peau (contenue)	Pratiques de base	Pratiques de base	Permis	Permis	
Nouveau-né - Plaie importante (non contenue)	Pratiques de base	Précautions contre les contacts	Permis	Permis	
<i>Staphylococcus epidermidis</i> et autres infections à staphylocoques à coagulase négative	Pratiques de base	Pratiques de base	Permis	Permis	
INFECTION STREPTOCOCCIQUE Groupe A (SGA) Mère - Infection de plaie mineure (contenue)	Chambre individuelle jusqu'à 24 heures	Pratiques de base	Permis	Permis	MALADIE À DÉCLARATION OBLIGATOIRE si SGA invasif, informer le médecin du nouveau-né et le service de prévention et de contrôle des infections - Il est conseillé de cesser l'allaitement du sein où se situe la mastite jusqu'à 24 heures après un traitement efficace. - Investigation immédiate de la source dans le cas de deux cas

Infection/ Organisme	Précautions pour la mère	Précautions pour le nouveau-né	Contacts mère/nouveau -né	Allaitement	Remarques
Abréviations : LME = Lait maternel extrait UNSI = Unité néonatale de soins intensifs					
	après un traitement efficace				ou plus d'infection à SGA durant le postpartum (p. ex., professionnel de la santé, famille, patient à patient).
Mère - Infection de plaie grave ou endométrite	Chambre individuelle jusqu'à 24 heures après un traitement efficace	Pratiques de base	Permis	Permis	
Infection streptococcique Groupe A (SGA), Mère - Maladie invasive	Précautions contre l'exposition aux gouttelettes jusqu'à 24 heures après un traitement efficace	Pratiques de base	Permis à partir de 24 heures après un traitement efficace	Permis à partir de 24 heures après un traitement efficace	- Une chimioprophylaxie devrait être offerte aux proches contacts d'une personne chez qui on a confirmé une infection à SGA invasive si ces personnes, y compris le nouveau-né, ont été exposées durant les 7 jours précédant l'apparition des symptômes ou les 24 heures suivant le début du traitement antimicrobien. - La chimioprophylaxie devrait être administrée le plus rapidement possible, de préférence dans les 24 heures suivant l'identification de l'infection. La chimioprophylaxie est recommandée jusqu'à 7 jours après le dernier contact avec une personne infectée. - Les proches contacts de toutes les personnes ayant une infection à SGA invasive, sans égard au niveau de gravité, devraient être avisés des signes et symptômes de l'infection, et du besoin d'obtenir des soins médicaux s'ils développent une maladie fébrile ou toute autre manifestation clinique de l'infection dans les 30 jours suivant le diagnostic du cas.
Mère – pharyngite (angine streptococcique)	Précautions contre l'exposition aux gouttelettes jusqu'à 24 heures	Pratiques de base	Permis à partir de 24 heures après un traitement efficace OU Masque et hygiène	Permis à partir de 24 heures après un traitement efficace	

Infection/ Organisme	Précautions pour la mère	Précautions pour le nouveau-né	Contacts mère/nouveau -né	Allaitement	Remarques
Abréviations : LME = Lait maternel extrait UNSI = Unité néonatale de soins intensifs					
	après un traitement efficace		des mains	OU Masque et hygiène des mains	
Nouveau-né	Pratiques de base	Précautions contre les contacts jusqu’à 24 heures après un traitement efficace	Permis	Permis	
INFECTION STREPTOCOCCIQUE Groupe B Mère	Pratiques de base	Pratiques de base	Permis	Permis	MALADIE À DÉCLARATION OBLIGATOIRE chez les nouveau-nés (si invasive) - Si la mère est atteinte d’une infection à SGB invasive, avertir le médecin du nouveau-né - Se reporter à la Section I.4.B pour obtenir plus d’information sur l’infection à SGB
Nouveau-né	Pratiques de base	Pratiques de base	Permis	Permis	
Syphilis Mère – cutanéomuqueux	Pratiques de base	Pratiques de base	Permis à partir de 24 heures après un traitement efficace	Permis à partir de 24 heures après un traitement efficace	MALADIE À DÉCLARATION OBLIGATOIRE - Si la mère a la syphilis, avertir le médecin du nouveau-né - Lésions très contagieuses. Porter des gants pour les contacts avec les lésions jusqu’à 24 heures après un traitement efficace
Nouveau-né - congénitale		Pratiques de base + gants pour les contacts avec la mère jusqu’à 24 heures après un traitement efficace	Permis	Permis	
Syndrome de choc toxique- Voir <i>Staphylococcus aureus</i>					

Infection/ Organisme	Précautions pour la mère	Précautions pour le nouveau-né	Contacts mère/nouveau -né	Allaitement	Remarques
Abréviations : LME = Lait maternel extrait UNSI = Unité néonatale de soins intensifs					
Toxoplasmose					
Mère	Pratiques de base	Pratiques de base	Permis	Permis	
Nouveau-né	Pratiques de base	Pratiques de base	Permis	Permis	
Tuberculose					
Mère - Test cutané positif à la tuberculine – asymptomatique	Pratiques de base	Pratiques de base	Permis	Permis	
Mère – Tuberculose pulmonaire ou laryngite tuberculeuse active	Précautions contre la transmission par voie aérienne	Pratiques de base	Non permis tant que la mère est contagieuse	Mère peut fournir du LME	MALADIE À DÉCLARATION OBLIGATOIRE - Informer le service de prévention et de contrôle des infections - Porter un respirateur N95 en tout temps pour entrer dans la chambre - Continuer les précautions contre la transmission par voie aérienne jusqu'à ce que la mère ne soit plus considérée contagieuse - Congé du nouveau-né : Si un nouveau-né s'apprête à rentrer dans un domicile où il pourrait être exposé à la tuberculose, le congé devrait être repoussé jusqu'à ce qu'on ait consulté les responsables de la santé publique pour veiller à ce que le ménage ne présente aucun risque pour le nouveau-né.
Mère – Tuberculose pulmonaire ou laryngite tuberculeuse active en cours de traitement et non contagieuse	Pratiques de base	Pratiques de base	Permis	Permis	MALADIE À DÉCLARATION OBLIGATOIRE - Informer le service de prévention et de contrôle des infections Plus contagieuse : 2 semaines de traitement efficace ET jusqu'à l'obtention de trois frottis BAAR négatifs consécutifs ET améliorations cliniques.

Infection/ Organisme	Précautions pour la mère	Précautions pour le nouveau-né	Contacts mère/nouveau -né	Allaitement	Remarques
Abréviations : LME = Lait maternel extrait UNSI = Unité néonatale de soins intensifs					
Mère - extrapulmonaire	Pratiques de base	Pratiques de base	Permis	▪ Permis ▪ Non permis si abcès du sein en raison de la tuberculose, jusqu'à son traitement efficace	MALADIE À DÉCLARATION OBLIGATOIRE - Informer le service de prévention et de contrôle des infections ▪ On devrait tenir pour acquis que les bébés de mères atteintes de tuberculose endométriale sont infectés, effectuer leur évaluation et appliquer des précautions contre la transmission par voie aérienne jusqu'à ce qu'on soit certain qu'ils ne le sont pas.
Tuberculose Nouveau-né - Source maternelle	Précautions contre la transmission par voie aérienne tant qu'il est contagieux	Précautions contre la transmission par voie aérienne	Permis	Permis	MALADIE À DÉCLARATION OBLIGATOIRE - Informer le service de prévention et de contrôle des infections ▪ Porter un respirateur N95 en tout temps pour entrer dans la chambre
Infection des voies urinaires	Pratiques de base	Pratiques de base	Permis	Permis	
Varicelle-zona, localisé - Voir Zona disséminé (zona)					
Virus du Nîle occidental	Pratiques de base	Pratiques de base	Permis	Permis	MALADIE À DÉCLARATION OBLIGATOIRE
Infections de plaie - Voir Infection streptococcique, <i>Staphylococcus aureus</i>					

Annexe G : Stratégies de recherches pour le document *Pratiques exemplaires de prévention et de contrôle des infections en périnatalogie*

RÉSULTATS DE RECHERCHE : Extraction, conservation, manipulation et administration du lait maternel en toute sécurité

Stratégie de recherche :

Stratégie de recherche dans Medline :

((collect\$ or handl\$ or stor\$ or administer\$ or manag\$ or transport\$ OR transfer\$ or preserv\$ or infect\$ or contaminat\$ or disinfect\$ or hygien\$ or sterili\$ or sanit\$ or freez\$ or froz\$ or cool\$ or cold or hot or heat\$ or boil\$ or warm\$ or rewarm\$ or re-warm\$ or temperature or cryoperserv\$ or refrigerat\$ or safe\$ or prepare\$ or cytomegalovir\$ or strep\$ or bacteri\$ OR disease\$ OR pasteuris\$ OR express\$ OR pump\$ OR equipment\$ OR practice\$ OR guideline\$ OR policy OR policies OR process\$ OR prepar\$) AND ((breast adj1 milk) or (human adj1 milk) or breastmilk))).mp.

Restrictions : Base *In-Process & Other Non-Indexed Citations*, Publications 2006-2011

OR

((donor OR donat\$ OR share\$ OR bank\$) adj3 ((breast adj1 milk) or (human adj1 milk) or breastmilk))).mp.

Restrictions : Base *In-Process & Other Non-Indexed Citations*, Publications 2006-2011

OR

(*Milk, Human/ OR *Breast Feeding/ OR *Bottle Feeding/ OR *Enteral Nutrition/ OR *Milk Ejection/) AND (Milk Banks/ or exp Disease Outbreaks/ pc or exp Cytomegalovirus Infections/ pc or exp Infant, Premature, Diseases/ pc or exp Infant, Newborn, Diseases/ pc or exp Infectious Disease Transmission, Vertical/ pc or exp Bacterial Infections/ pc or Infection Control/ or Désinfection/ or Equipment Contamination/ or Sterilization/ or Specimen Handling/ or Hygiene/ or Communicable Disease Control/ or Food Contamination/ or Food Handling/ or Food Preservation/ or Cryopreservation/ or Refrigeration/ or Freezing/ or Cold Temperature/ or Hot Temperature/ or Preservation, Biological/ or Intensive Care Units, Neonatal/ or Intensive Care, Neonatal/ or Quality Control/ or Cross Infection/ or Disinfectants/ or Specimen Handling/ or Colony Count, Microbial/ or Food Microbiology/ or Medical Errors/ or Bacteria/)

Restrictions : Publications 2006-2011

Stratégie de recherche dans CINAHL :

MH (("Milk, Human" or "Breast Feeding" or "Bottle Feeding" or "Enteral Nutrition" or "Milk Banks" or "Milk Expression" or "Breast Pumps") AND ("Cross Infection" OR "Cytomegaloviruses/TM" or "Staphylococcal Infections/PC/TM" or "HIV Infections/PC/TM" or "Herpesvirus Infections/PC/TM" or "Enterocolitis, Necrotizing/PC/TM" or "Hepatitis/PC/TM" or "Disease Outbreaks/PC" or "Infant, Premature, Diseases/PC/TM" or "Infant, Newborn, Diseases/PC/TM" or "Disease Transmission, Vertical/PC" or "Bacterial infections/PC/TM" or "Communicable Diseases/PC/TR" or "Infection/PC/TR" or "Infection Control" or Hygiene or "Quality Improvement" or "Treatment Errors" or "Health Care Errors" or "Adverse Health Care Event" or "Patient Safety" or "Quality of Health Care" or "Food Microbiology" or "Food Contamination" or "Bacterial Contamination" or "Pasteurization" or "Sterilization and Désinfection" or "Equipment Contamination" or "Specimen Handling" or "Food Handling" or "Food Preservation" or "Preservation, Biological" or Cryopreservation or Refrigeration or Freezing or Cold or Heat))

Restrictions : Publications 2006-2011

OR

MH (("Infant Nutrition" or "Hospitals, Pediatric" or "Infant, Hospitalized" or "Infant, Low Birth Weight+" or "Infant, Newborn" or "Infant, High Risk" or "Intensive Care Units, Neonatal" or "Neonatal Nursing" or "Pediatric Critical Care Nursing" or "Premature") AND ("Food Microbiology" or "Food Contamination" or "Pasteurization" or "Food Manipulation" or "Food Preservation"))

Restrictions : Publications 2006-2011

RÉSULTATS DE RECHERCHE : Préparation, conservation, manipulation et administration des préparations nourrissons en toute sécurité

Bases de données : MEDLINE, CINAHL (+ Web Search for Grey Literature)

Stratégie de recherche :

((Infant Food[majr] OR Infant Formula[mh] OR Bottle Feeding[majr] OR Enteral Nutrition) AND (Food Contamination[mh] OR Food Handling[mh:noexp] OR Hygiene[mh:noexp] OR Sterilization[mh:noexp] OR Désinfection[mh:noexp] OR Preservation, Biological[mh] OR Freezing[mh:noexp] OR Cold Temperature[mh:noexp] OR Hot Temperature[mh:noexp] OR Salmonella Infections[mh:noexp] OR Salmonella Food Poisoning[mh:noexp] OR Enterobacter sakazakii[mh:noexp] OR Intensive Care Units, Neonatal[mh:noexp] OR Intensive Care, Neonatal[mh:noexp] OR Infection Control[mh:noexp] OR Communicable Disease Control[mh:noexp] OR Disease Outbreaks/ pc[mh:noexp])) OR (Infant[tiab] AND Formula[tiab] AND (Prepar*[tiab] OR Stor*[tiab] OR Handl* OR Transport*[tiab] OR Reheat*[tiab] OR Re-warm[tiab] OR Freez*[tiab] OR Froze*[tiab] OR Steril*[tiab] OR Safe*[tiab] OR Refrigerat*[tiab] OR Hygien*[tiab] OR Infect[tiab] OR Infection*[tiab] OR Boil*[tiab] OR Salmonella[tiab] OR Sakazakii[tiab] OR Contaminat*[tiab] OR Bacteria[tiab] OR Disinfect*[tiab] OR Temperature[tiab] OR Hot[tiab] OR Heat[tiab] OR Cool[tiab] OR Cold[tiab])) NOT Medline[sb]) AND ("2006/01/01"[PDat] : "2011/02/01"[PDat])

RÉSULTATS DE RECHERCHE : Hépatite B et C en périnatalogie, durant la grossesse et chez les nouveau-nés

Stratégie de recherche :

("Hepatitis B virus"[MeSH] OR "Hepatitis B"[MeSH] OR "Hepatitis B Surface Antigens"[Mesh] OR "Hepatitis C"[MeSH] OR "Hepacivirus"[Mesh]) AND ("infant, newborn"[MeSH Terms] OR "pregnancy"[MeSH Terms] OR "perinatology"[MeSH Terms] OR "intensive care, neonatal"[MeSH Terms] OR "intensive care units, neonatal"[MeSH Terms] OR "neonatal nursing"[MeSH Terms] OR "milk, human"[MeSH Terms] OR "breast feeding"[MeSH Terms] OR "Infant, Newborn, Diseases"[Mesh] OR "Infectious Disease Transmission, Vertical"[Mesh] OR "Pregnancy Complications, Infectious"[Mesh] OR "Premature Birth"[Mesh] OR "Prenatal Care"[Mesh] OR "Nurseries, Hospital"[MeSH Terms] OR "Hospitals, Maternity") AND (English[lang] AND "2006/03/03"[PDat] : "2011/03/01"[PDat])

RÉSULTATS DE RECHERCHE : SGB durant la grossesse/chez les nouveau-nés

Stratégie de recherche : (("streptococcal infections"[MeSH Major Topic] OR "streptococcus agalactiae"[MeSH Major Topic]) AND ("infant, newborn"[MeSH Terms] OR "pregnancy"[MeSH Terms] OR "perinatology"[MeSH Terms] OR "intensive care, neonatal"[MeSH Terms] OR "intensive care units, neonatal"[MeSH Terms] OR "neonatal nursing"[MeSH Terms] OR "milk, human"[MeSH Terms] OR "breast feeding"[MeSH Terms] OR "Infant, Newborn, Diseases"[Mesh] OR "Infectious Disease Transmission, Vertical"[Mesh] OR "Pregnancy Complications, Infectious"[Mesh] OR "Premature Birth"[Mesh] OR "Prenatal Care"[Mesh]) AND ("group b"[tiab] OR GBS[tiab])) AND (English[lang] AND "2006/02/20"[PDat] : "2011/02/18"[PDat])

RÉSULTATS DE RECHERCHE : Herpès simple en périnatalogie, durant la grossesse et chez les nouveau-nés

Stratégie de recherche :

MEDLINE :

("herpes simplex"[mesh] AND ("infant, newborn"[mesh terms] OR "pregnancy"[mesh terms] OR "perinatology"[mesh terms] OR "intensive care, neonatal"[mesh terms] OR "intensive care units, neonatal"[mesh terms] OR "neonatal nursing"[mesh terms] OR "milk, human"[mesh terms] OR "breast feeding"[mesh terms] OR "infant, newborn, diseases"[mesh] OR "infectious disease transmission, vertical"[mesh] OR "pregnancy complications, infectious"[mesh] OR "premature birth"[mesh] OR "prenatal care"[mesh] OR "nurseries, hospital"[mesh terms] OR "hospitals, maternity") AND (english[lang] AND "2006"[pdat] : "2011"[pdat])) OR ((herpes[tiab] AND (infant[tiab] OR neonat*[tiab] OR pregnan*[tiab] OR perinat*[tiab] OR newborn*[tiab]) AND (english[lang] AND "2006"[pdat] : "2011"[pdat]))) not medline[sb])

CINAHL :

(MH "Herpes Simplex+") AND ((MH "Pregnancy") OR (MH "Perinatology") OR (MH "Intensive Care, Neonatal") OR (MH "Intensive Care Units, Neonatal") OR (MH "Neonatal Intensive Care Nursing") OR (MH "Neonatal Nursing") OR (MH "Milk, Human") OR (MH "Breast Feeding") OR (MH "Disease Transmission, Vertical") OR (MH "Pregnancy Complications, Infectious") OR (MH "Prenatal Care") OR (MH "Prenatal Diagnosis") OR (MH "Childbirth, Premature") OR (MH "Nurseries, Hospital") OR (MH "Hospitals, Pediatric") OR (MH "Infant, Hospitalized") OR (MH "Infant, Low Birth Weight+") OR (MH "Infant, Newborn") OR (MH "Infant, Premature") OR (MH "Infant, High Risk") OR (MH "Infant, Premature, Diseases"))

RÉSULTATS DE RECHERCHE : Varicelle en périnatalogie, durant la grossesse et chez les nouveau-nés

Stratégie de recherche :

MEDLINE :

("Chickenpox"[Mesh] OR "Herpesvirus 3, Human"[Mesh]) AND ("infant, newborn"[MeSH Terms] OR "pregnancy"[MeSH Terms] OR "perinatology"[MeSH Terms] OR "intensive care, neonatal"[MeSH Terms] OR "intensive care units, neonatal"[MeSH Terms] OR "neonatal nursing"[MeSH Terms] OR "milk, human"[MeSH Terms] OR "breast feeding"[MeSH Terms] OR "Infant, Newborn, Diseases"[Mesh] OR "Infectious Disease Transmission, Vertical"[Mesh] OR "Pregnancy Complications, Infectious"[Mesh] OR "Premature Birth"[Mesh] OR "Prenatal Care"[Mesh] OR "Nurseries, Hospital"[MeSH Terms] OR "Hospitals, Maternity"[Mesh] OR "Maternal-Fetal Exchange"[Mesh] OR "Immunity, Maternally-acquired"[Mesh]) AND (English[lang] AND "2006/03/03"[PDat] : "2011/03/01"[PDat])

CINAHL :

(MH "Chickenpox" OR "Herpes Zoster" OR "Herpesviruses") AND (MH "Pregnancy" OR "Perinatology" OR "Intensive Care, Neonatal" OR "Intensive Care Units, Neonatal" OR "Neonatal Intensive Care Nursing" OR "Neonatal Nursing" OR "Milk, Human" OR "Breast Feeding" OR "Disease Transmission, Vertical" OR "Pregnancy Complications, Infectious" OR "Prenatal Care" OR "Prenatal Diagnosis" OR "Childbirth, Premature" OR "Nurseries, Hospital" OR "Hospitals, Pediatric" OR "Infant, Hospitalized" OR "Infant, Low Birth Weight+" OR "Infant, Newborn" OR "Infant, Premature" OR "Infant, High Risk" OR "Infant, Premature, Diseases" OR "Maternal-Fetal Exchange" OR "Immunity, Maternally Acquired")

Références

1. Ontario, Agence de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. Pratiques exemplaires pour les programmes de prévention et de contrôle des infections en Ontario dans tous lieux de soins. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2011 [consulté 2011 juin 14]. Sur Internet : http://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/BP_IPAC_in_Ontario_2012_FR.pdf.
2. Ontario, Agence de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2009 [consulté 2011 juin 14]. Sur Internet : http://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/RPAP_All_HealthCare_Settings_2012_FR.pdf.
3. Santé Canada. Guide de prévention des infections : Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé, Relevé des maladies transmissibles au Canada. 1999;25S4:1-142.
4. Ontario, Agence de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. Pratiques exemplaires d'hygiène des mains pour tous les lieux de soins. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2010 [consulté 2011 juin 14]. Sur Internet : <http://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/2010-12%20BP%20Hand%20Hygiene%20-%20FR.pdf>.
5. Santé publique Ontario [Internet]. Lavez-vous les mains. Programme ontarien d'hygiène des mains fondé sur des données probantes. Publié en 2008 [consulté 2011 déc 4]. Sur Internet : <http://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/2010-12%20BP%20Hand%20Hygiene%20-%20FR.pdf>.
6. Ontario, Agence de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. Pratiques exemplaires pour le nettoyage, la désinfection et la stérilisation du matériel médical dans tous les lieux de soins. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2010 [consulté 2011 juin 14]. Sur Internet : http://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/PIDAC_Cleaning_Disinfection_and_Sterilization_2013_FR.pdf.
7. Ontario, Agence de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. Pratiques exemplaires en matière de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et de la lutte contre les infections dans tous les établissements de soins de santé. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2009 [consulté 2011 juin 14]. Sur Internet : http://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/Best_Practices_Environmental_Cleaning_2012_FR.pdf.
8. *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, L.R.O. 1990, chap. H.7. Sur Internet : www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_90h07_f.htm.
9. Brady MT. Health care-associated infections in the neonatal intensive care unit. *Am J Infect Control*. 2005;33(5):268-75.
10. Edwards JR, Peterson KD, Mu Y, Banerjee S, Allen-Bridson K, Morrell G, et al. National Healthcare Safety Network (NHSN) report: data summary for 2006 through 2008, issued December 2009. *Am J Infect Control*. 2009;37(10):783-805.
11. Pessoa-Silva CL, Meurer Moreira B, Camara Almeida V, Flannery B, Almeida Lins MC, Mello Sampaio JL, et al. Extended-spectrum beta-lactamase-producing *Klebsiella pneumoniae* in a neonatal intensive care unit: risk factors for infection and colonization. *J Hosp Infect*. 2003;53(3):198-206.
12. Buffet-Bataillon S, Rabier V, Betremieux P, Beuchee A, Bauer M, Pladys P, et al. Outbreak of *Serratia marcescens* in a neonatal intensive care unit: contaminated unmedicated liquid soap and risk factors. *J Hosp Infect*. 2009;72(1):17-22.
13. Haley RW, Bregman DA. The role of understaffing and overcrowding in recurrent outbreaks of staphylococcal infection in a neonatal special-care unit. *J Infect Dis*. 1982;145(6):875-85.

14. Smith PJ, Brookfield DS, Shaw DA, Gray J. An outbreak of *Serratia marcescens* infections in a neonatal unit. *Lancet*. 1984;1(8369):151-3.
15. Pickering LK, Baker CJ, Kimberlin DW, Long SS, editors. Red Book: 2009 report of the committee on infectious diseases. 28th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2009.
16. Oxtoby MJ. Human immunodeficiency virus and other viruses in human milk: placing the issues in broader perspective. *Pediatr Infect Dis J*. 1988;7(12):825-35.
17. Siegel J, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. 2007 guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings. *Am J Infect Control*. 2007;35(10 [Suppl 2]):S64-164.
18. Won SP, Chou HC, Hsieh WS, Chen CY, Huang SM, Tsou KI, et al. Handwashing program for the prevention of nosocomial infections in a neonatal intensive care unit. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2004;25(9):742-6.
19. Pessoa-Silva CL, Hugonnet S, Pfister R, Touveneau S, Dharan S, Posfay-Barbe K, et al. Reduction of health care associated infection risk in neonates by successful hand hygiene promotion. *Pediatrics*. 2007;120(2):e382-90.
20. Sakamoto F, Yamada H, Suzuki C, Sugiura H, Tokuda Y. Increased use of alcohol-based hand sanitizers and successful eradication of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* from a neonatal intensive care unit: a multivariate time series analysis. *Am J Infect Control*. 2010;38(7):529-34.
21. Capretti MG, Sandri F, Tridapalli E, Galletti S, Petracci E, Faldella G. Impact of a standardized hand hygiene program on the incidence of nosocomial infection in very low birth weight infants. *Am J Infect Control*. 2008;36(6):430-5.
22. Pittet D. Improving compliance with hand hygiene in hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2000;21(6):381-6.
23. Picheansathian W. A systematic review on the effectiveness of alcohol-based solutions for hand hygiene. *Int J Nurs Pract*. 2004;10(1):3-9.
24. Boyce JM, Pittet D. Guideline for hand hygiene in health-care settings. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2002;23(12 Suppl):S3-40.
25. Kampf G, Kramer A. Epidemiologic background of hand hygiene and evaluation of the most important agents for scrubs and rubs. *Clin Microbiol Rev*. 2004;17(4):863-93.
26. Girou E, Loyeau S, Legrand P, Oppein F, Brun-Buisson C. Efficacy of handrubbing with alcohol based solution versus standard handwashing with antiseptic soap: randomised clinical trial. *BMJ*. 2002;325(7360):362.
27. Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, Mouroug P, Sauvan V, Touveneau S, et al. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *Infection Control Programme*. *Lancet*. 2000;356(9238):1307-12.
28. Hoffman PN, Cooke EM, McCarville MR, Emmerson AM. Micro-organisms isolated from skin under wedding rings worn by hospital staff. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1985;290(6463):206-7.
29. Fagernes M, Lingaas E, Bjark P. Impact of a single plain finger ring on the bacterial load on the hands of healthcare workers. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2007;28(10):1191-5.
30. Wongworawat MD, Jones SG. Influence of rings on the efficacy of hand sanitization and residual bacterial contamination. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2007;28(3):351-3.
31. Salisbury DM, Hutfilz P, Treen LM, Bollin GE, Gautam S. The effect of rings on microbial load of health care workers' hands. *Am J Infect Control*. 1997;25(1):24-7.
32. Yildirim I, Ceyhan M, Cengiz AB, Bagdat A, Barin C, Kutluk T, et al. A prospective comparative study of the relationship between different types of ring and microbial hand colonization among pediatric intensive care unit nurses. *Int J Nurs Stud*. 2008;45(11):1572-6.

33. Alur AA, Rane MJ, Scheetz JP, Lorenz DJ, Gettleman L. Simulated microbe removal around finger rings using different hand sanitation methods. *Int J Oral Sci.* 2009;1(3):136-42.
34. Rupp ME, Fitzgerald T, Puumala S, Anderson JR, Craig R, Iwen PC, et al. Prospective, controlled, cross-over trial of alcohol-based hand gel in critical care units. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2008;29(1):8-15.
35. Trick WE, Vernon MO, Hayes RA, Nathan C, Rice TW, Peterson BJ, et al. Impact of ring wearing on hand contamination and comparison of hand hygiene agents in a hospital. *Clin Infect Dis.* 2003;36(11):1383-90.
36. Jacobson G, Thiele JE, McCune JH, Farrell LD. Handwashing: ring-wearing and number of microorganisms. *Nurs Res.* 1985;34(3):186-8.
37. Arrowsmith VA, Maunder JA, Sargent RJ, Taylor R. Removal of nail polish and finger rings to prevent surgical infection. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001(4):CD003325.
38. Stein DT, Pankovich-Wargula AL. The dilemma of the wedding band. *Orthopedics.* 2009;32(2):86.
39. Nicolai P, Aldam CH, Allen PW. Increased awareness of glove perforation in major joint replacement. A prospective, randomised study of Regent Biogel Reveal gloves. *J Bone Joint Surg Br.* 1997;79(3):371-3.
40. Waterman TR, Smeak DD, Kowalski J, Hade EM. Comparison of bacterial counts in glove juice of surgeons wearing smooth band rings versus those without rings. *Am J Infect Control.* 2006;34(7):421-5.
41. Olsen RJ, Lynch P, Coyle MB, Cummings J, Bokete T, Stamm WE. Examination gloves as barriers to hand contamination in clinical practice. *JAMA.* 1993;270(3):350-3.
42. Moolenaar RL, Crutcher JM, San Joaquin VH, Sewell LV, Hutwagner LC, Carson LA, et al. A prolonged outbreak of *Pseudomonas aeruginosa* in a neonatal intensive care unit: did staff fingernails play a role in disease transmission? *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2000;21(2):80-5.
43. Josephson D. Intravenous infusion therapy for nurses: principles & practice: Thomson Delmar Learning; 2003.
44. Wynd CA, Samstag DE, Lapp AM. Bacterial carriage on the fingernails of OR nurses. *AORN J.* 1994;60(5):796, 9-805.
45. Baumgardner CA, Maragos CS, Walz J, Larson E. Effects of nail polish on microbial growth of fingernails. Dispelling sacred cows. *AORN J.* 1993;58(1):84-8.
46. McNeil SA, Foster CL, Hedderwick SA, Kauffman CA. Effect of hand cleansing with antimicrobial soap or alcohol-based gel on microbial colonization of artificial fingernails worn by health care workers. *Clin Infect Dis.* 2001;32(3):367-72.
47. Foca M, Jakob K, Whittier S, Della Latta P, Factor S, Rubenstein D, et al. Endemic *Pseudomonas aeruginosa* infection in a neonatal intensive care unit. *N Engl J Med.* 2000;343(10):695-700.
48. Gupta A, Della-Latta P, Todd B, San Gabriel P, Haas J, Wu F, et al. Outbreak of extended-spectrum beta-lactamase-producing *Klebsiella pneumoniae* in a neonatal intensive care unit linked to artificial nails. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2004;25(3):210-5.
49. Parry MF, Grant B, Yukna M, Adler-Klein D, McLeod GX, Taddonio R, et al. *Candida* osteomyelitis and diskitis after spinal surgery: an outbreak that implicates artificial nail use. *Clin Infect Dis.* 2001;32(3):352-7.
50. Toles A. Artificial nails: are they putting patients at risk? A review of the research. *J Pediatr Oncol Nurs.* 2002;19(5):164-71.
51. Casanova L. Assessing the risk of viral transmission from contaminated personal protective equipment to employees' skin and clothing in the healthcare setting. 18th SHEA Annual Meeting; Orlando, FL. Society for Healthcare Epidemiology of America; 2008.
52. Ontario, Agence de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé, Annexe B : Pratiques

- exemplaires en matière de prévention de la transmission des infections aiguës des voies respiratoires dans tous les établissements de soins de santé. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2010. Sur Internet : http://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/PIDAC-IPC_Annex_B_Prevention_Transmission_ARI_2013_FR.pdf
53. Rutala WA, Weber DJ. Surface disinfection: should we do it? J Hosp Infect. 2001;48 Suppl A:S64-8.
 54. Sehulster L, Chinn RY. Guidelines for environmental infection control in health-care facilities. Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). MMWR Recomm Rep. 2003;52(RR-10):1-42.
 55. Smith PW, Rusnak PG. Infection prevention and control in the long-term-care facility. SHEA long-term-care committee and APIC guidelines committee. Am J Infect Control. 1997;25(6):488-512.
 56. Huang SS, Datta R, Platt R. Risk of acquiring antibiotic-resistant bacteria from prior room occupants. Arch Intern Med. 2006;166(18):1945-51.
 57. Hardy KJ, Oppenheim BA, Gossain S, Gao F, Hawkey PM. A study of the relationship between environmental contamination with methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) and patients' acquisition of MRSA. Infect Control Hosp Epidemiol. 2006;27(2):127-32.
 58. Rampling A, Wiseman S, Davis L, Hyett AP, Walbridge AN, Payne GC, et al. Evidence that hospital hygiene is important in the control of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. J Hosp Infect. 2001;49(2):109-16.
 59. Harper LM. Decreasing *Clostridium difficile* in the newborn intensive care unit through institution of environmental cleaning procedures. Am J Infect Control. 2006;34(5):E93-E4.
 60. Rutala WA. APIC guideline for selection and use of disinfectants. 1994, 1995, and 1996 APIC guidelines committee. Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Inc. Am J Infect Control. 1996;24(4):313-42.
 61. Hawkins S. Water vs conventional births: infection rates compared. Nurs Times. 1995;91(11):38-40.
 62. Vochem M, Vogt M, Doring G. Sepsis in a newborn due to *Pseudomonas aeruginosa* from a contaminated tub bath. N Engl J Med. 2001;345(5):378-9.
 63. Conseil canadien des normes. CAN/CSA Standard Z314.10.2-10 Lavage, entretien et préparation des blouses, des champs opératoires et des enveloppes à usages multiples dans les établissements de santé. Mississauga, ON: Conseil canadien des normes; 2010.
 64. Conseil canadien des normes. CAN/CSA-Z8000-11. Établissements de santé canadiens. Mississauga, ON: Conseil canadien des normes; 2011.
 65. Stall N. Private rooms: Evidence-based design in hospitals. CMAJ. 2012;184(2):162-3.
 66. Harbarth S, Sudre P, Dharan S, Cadenas M, Pittet D. Outbreak of *Enterobacter cloacae* related to understaffing, overcrowding, and poor hygiene practices. Infect Control Hosp Epidemiol. 1999;20(9):598-603.
 67. Stall N. Private rooms: a choice between infection and profit. CMAJ. 2012;184(1):24-5.
 68. White R, editor. Recommended standards for newborn ICU design. Report of the seventh census conference on newborn ICU design 2007; Clearwater Beach, FL; 2007.
 69. Facility Guidelines Institute. Guidelines for design and construction of health care facilities. Arlington, VA: Association for the Advancement of Medical Instrumentation; 2010. Available from: www.fgiguidelines.org/.
 70. Ontario Agence de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé. Annexe A : Dépistage, analyse et surveillance des organismes antibiorésistants (OA) pour tous les établissements de santé. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2010 [consulté 2011 Juin 14]. Sur Internet : http://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/PIDAC-IPC_Annex_A_Screening_Testing_Surveillance_AROs_2013_FR.pdf.

71. McLaughlin MC, Gold LH. The New York rubella incident: a case for changing hospital policy regarding rubella testing and immunization. *Am J Public Health*. 1979;69(3):287-9.
72. Exposure of patients to rubella by medical personnel - California. *Morb Mortal Wkly Rep*. 1978;27(15).
73. Polk BF, White JA, DeGirolami PC, Modlin JF. An outbreak of rubella among hospital personnel. *N Engl J Med*. 1980;303(10):541-5.
74. Benowitz I, Esposito DB, Gracey KD, Shapiro ED, Vazquez M. Influenza vaccine given to pregnant women reduces hospitalization due to influenza in their infants. *Clin Infect Dis*. 2010;51(12):1355-61.
75. Dodds L, McNeil SA, Deshayne BF, Allen VM, Coombs A, Scott J, et al. Impact of influenza exposure on rates of hospital admissions and physician visits because of respiratory illness among pregnant women. *CMAJ*. 2007;176(4):463-8.
76. Munoz FM, Greisinger AJ, Wehmanen OA, Mouzoon ME, Hoyle JC, Smith FA, et al. Safety of influenza vaccination during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;192(4):1098-106.
77. Zaman K, Roy E, Arifeen SE, Rahman M, Raqib R, Wilson E, et al. Effectiveness of maternal influenza immunization in mothers and infants. *N Engl J Med*. 2008;359(15):1555-64.
78. Bryant KA, Humbaugh K, Brothers K, Wright J, Pascual FB, Moran J, et al. Measures to control an outbreak of pertussis in a neonatal intermediate care nursery after exposure to a healthcare worker. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2006;27(6):541-5.
79. Alexander EM, Travis S, Booms C, Kaiser A, Fry NK, Harrison TG, et al. Pertussis outbreak on a neonatal unit: identification of a healthcare worker as the likely source. *J Hosp Infect*. 2008;69(2):131-4.
80. Greer AL, Fisman DN. Keeping vulnerable children safe from pertussis: preventing nosocomial pertussis transmission in the neonatal intensive care unit. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2009;30(11):1084-9.
81. Ontario Agence de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. Pratiques exemplaires en matière de surveillance des infections associées aux soins de santé chez les patients et les résidents d'établissements de santé. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2011 [consulté 2012 février 15]. Sur Internet : http://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/BP_Surveillance_of_HAI_2012_FR.pdf.
82. Xie X, Li Y, Chwang AT, Ho PL, Seto WH. How far droplets can move in indoor environments—revisiting the Wells evaporation-falling curve. *Indoor Air*. 2007;17(3):211-25.
83. Menzies D, Fanning A, Yuan L, Fitzgerald M. Tuberculosis among health care workers. *N Engl J Med*. 1995;332(2):92-8.
84. Healy CM, Rench MA, Baker CJ. Implementation of cocooning against pertussis in a high-risk population. *Clin Infect Dis*. 2011;52(2):157-62.
85. Gruslin A, Steben M, Halperin S, Money DMY, MH. Society of obstetricians and gynaecologists of Canada. Clinical practice guidelines: immunization in pregnancy. *JOGC*. 2009;31(11):1085-92. Available from: www.sogc.org/guidelines/documents/gui236CPG0911.pdf.
86. Agence de la santé publique de Canada. Guide canadien d'immunisation, 7^e éd., Ottawa, ON, Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2006.
87. General recommendations on immunization—recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep*. 2011;60(2):1-64.
88. Updated recommendations for use of tetanus toxoid, reduced diphtheria toxoid and acellular pertussis vaccine (Tdap) in pregnant women and persons who have or anticipate having close contact with an infant aged <12 months—Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2011. *MMWR*. 2011;60(41):1424-6.
89. Munoz F, Englund J. Infant pertussis: is cocooning the answer? *Clin Infect Dis*. 2011;53(9):893-6.

90. Halperin BA, Morris A, Mackinnon-Cameron D, Mutch J, Langley JM, McNeil SA, et al. Kinetics of the antibody response to tetanus-diphtheria-acellular pertussis vaccine in women of childbearing age and postpartum women. *Clin Infect Dis*. 2011;53(9):885-92.
91. Oh PI, Lanctjt KL, Yoon A, Lee DS, Paes BA, Simmons BS, et al. Palivizumab prophylaxis for respiratory syncytial virus in Canada: utilization and outcomes. *Pediatr Infect Dis J*. 2002;21(6):512-8.
92. Seaward PG, Hannah ME, Myhr TL, Farine D, Ohlsson A, Wang EE, et al. International multicenter term PROM study: evaluation of predictors of neonatal infection in infants born to patients with premature rupture of membranes at term. *Premature Rupture of the Membranes. Am J Obstet Gynecol*. 1998;179(3 Pt 1):635-9.
93. Spaetgens R, DeBella K, Ma D, Robertson S, Mucenski M, Davies HD. Perinatal antibiotic usage and changes in colonization and resistance rates of group B streptococcus and other pathogens. *Obstet Gynecol*. 2002;100(3):525-33.
94. Money DM, Dobson S. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Clinical practice guidelines: the prevention of early-onset neonatal group B streptococcal disease. *JOGC*. 2004;26(9):826-32. Available from: www.sogc.org/guidelines/public/149E-CPG-September2004.pdf.
95. Gilson GJ, Christensen F, Romero H, Bekes K, Silva L, Qualls CR. Prevention of group B streptococcus early-onset neonatal sepsis: comparison of the Center for Disease Control and prevention screening-based protocol to a risk-based protocol in infants at greater than 37 weeks' gestation. *J Perinatol*. 2000;20(8 Pt 1):491-5.
96. Hafner E, Sterniste W, Rosen A, Schuchter K, Plattner M, Asboth F, et al. Group B streptococci during pregnancy: a comparison of two screening and treatment protocols. *Am J Obstet Gynecol*. 1998;179(3 Pt 1):677-81.
97. Main EK, Slagle T. Prevention of early-onset invasive neonatal group B streptococcal disease in a private hospital setting: the superiority of culture-based protocols. *Am J Obstet Gynecol*. 2000;182(6):1344-54.
98. Schrag SJ, Zell ER, Lynfield R, Roome A, Arnold KE, Craig AS, et al. A population-based comparison of strategies to prevent early-onset group B streptococcal disease in neonates. *N Engl J Med*. 2002;347(4):233-9.
99. Schrag S, Gorwitz R, Fultz-Butts K, Schuchat A. Prevention of perinatal group B streptococcal disease. Revised guidelines from CDC. *MMWR Recomm Rep*. 2002;51(RR-11):1-22.
100. Verani JR, McGee L, Schrag SJ. Prevention of perinatal group B streptococcal disease--revised guidelines from CDC, 2010. *MMWR Recomm Rep*. 2010;59(RR-10):1-36.
101. Towers CV, Rumney PJ, Asrat T, Preslicka C, Ghamsary MG, Nageotte MP. The accuracy of late third-trimester antenatal screening for group B streptococcus in predicting colonization at delivery. *Am J Perinatol*. 2010;27(10):785-90.
102. Valkenburg-van den Berg AW, Houtman-Roelofsen RL, Oostvogel PM, Dekker FW, Dorr PJ, Sprij AJ. Timing of group B streptococcus screening in pregnancy: a systematic review. *Gynecol Obstet Invest*. 2010;69(3):174-83.
103. Van Dyke MK, Phares CR, Lynfield R, Thomas AR, Arnold KE, Craig AS, et al. Evaluation of universal antenatal screening for group B streptococcus. *N Engl J Med*. 2009;360(25):2626-36.
104. Darling E, Saurette K. Group B *Streptococcus*: prevention and management in labour. Toronto, ON: Association of Ontario Midwives; 2010. Report No.: Clinical practice guideline No11. p. 1-21.
105. Boyer KM, Gotoff SP. Strategies for chemoprophylaxis of GBS early-onset infections. *Antibiot Chemother*. 1985;35:267-80.
106. Allen UD, Navas L, King SM. Effectiveness of intrapartum penicillin prophylaxis in preventing early-onset group B streptococcal infection: results of a meta-analysis. *CMAJ*. 1993;149(11):1659-65.

107. Bland ML, Vermillion ST, Soper DE, Austin M. Antibiotic resistance patterns of group B streptococci in late third-trimester rectovaginal cultures. *Am J Obstet Gynecol*. 2001;184(6):1125-6.
108. Garland SM, Cottrill E, Markowski L, Pearce C, Clifford V, Ndisang D, et al. Antimicrobial resistance in group B streptococcus: the Australian experience. *J Med Microbiol*. 2011;60(Pt 2):230-5.
109. Blaschke AJ, Pulver LS, Korgenski EK, Savitz LA, Daly JA, Byington CL. Clindamycin-resistant group B *Streptococcus* and failure of intrapartum prophylaxis to prevent early-onset disease. *J Pediatr*. 2010;156(3):501-3.
110. Hannah ME, Ohlsson A, Wang EE, Matlow A, Foster GA, Willan AR, et al. Maternal colonization with group B *Streptococcus* and prelabor rupture of membranes at term: the role of induction of labor. TermPROM Study Group. *Am J Obstet Gynecol*. 1997;177(4):780-5.
111. El Aila NA, Tency I, Claeys G, Saerens B, Cools P, Verstraelen H, et al. Comparison of different sampling techniques and of different culture methods for detection of group B streptococcus carriage in pregnant women. *BMC Infect Dis*. 2010;10:285.
112. Buseti M, D'Agaro P, Campello C. Group B streptococcus prevalence in pregnant women from North-Eastern Italy: advantages of a screening strategy based on direct plating plus broth enrichment. *J Clin Pathol*. 2007;60(10):1140-3.
113. Bergeron MG, Ke D, Menard C, Picard FJ, Gagnon M, Bernier M, et al. Rapid detection of group B streptococci in pregnant women at delivery. *N Engl J Med*. 2000;343(3):175-9.
114. Rallu F, Barriga P, Scrivo C, Martel-Laferrriere V, Laferrriere C. Sensitivities of antigen detection and PCR assays greatly increased compared to that of the standard culture method for screening for group B streptococcus carriage in pregnant women. *J Clin Microbiol*. 2006;44(3):725-8.
115. Money D, Dobson S, Cole L, Karacabeyli E, Blondel-Hill E, Milner R, et al. An evaluation of a rapid real time polymerase chain reaction assay for detection of group B streptococcus as part of a neonatal group B streptococcus prevention strategy. *J Obstet Gynaecol Can*. 2008;30(9):770-5.
116. Gavino M, Wang E. A comparison of a new rapid real-time polymerase chain reaction system to traditional culture in determining group B streptococcus colonization. *Am J Obstet Gynecol*. 2007;197(4):388 e1-4.
117. Daniels JP, Gray J, Pattison HM, Gray R, Hills RK, Khan KS. Intrapartum tests for group B streptococcus: accuracy and acceptability of screening. *BJOG*. 2011;118(2):257-65.
118. Alfa MJ, Sepehri S, De Gagne P, Helawa M, Sandhu G, Harding GK. Real-time PCR assay provides reliable assessment of intrapartum carriage of group B *Streptococcus*. *J Clin Microbiol*. 2010;48(9):3095-9.
119. Martinez de Tejada B, Stan CM, Boulvain M, Renzi G, Francois P, Irion O, et al. Development of a rapid PCR assay for screening of maternal colonization by group B streptococcus and neonatal invasive *Escherichia coli* during labor. *Gynecol Obstet Invest*. 2010;70(4):250-5.
120. de Tejada BM, Pfister RE, Renzi G, Francois P, Irion O, Boulvain M, et al. Intrapartum group B *streptococcus* detection by rapid polymerase chain reaction assay for the prevention of neonatal sepsis. *Clin Microbiol Infect*. 2011;17(12):1786-91.
121. Société canadienne de pédiatrie. La prise en charge du nourrisson plus vulnérable à la septicémie. *Paediatr Child Health*. 2007;12(10):893-905.
122. Patrick DM, Dawar M, Cook DA, Krajden M, Ng HC, Rekart ML. Antenatal seroprevalence of herpes simplex virus type 2 (HSV-2) in Canadian women: HSV-2 prevalence increases throughout the reproductive years. *Sex Transm Dis*. 2001;28(7):424-8.
123. Kapranos NC, Kotronias DC. Detection of herpes simplex virus in first trimester pregnancy loss using molecular techniques. *In Vivo*. 2009;23(5):839-42.

124. Kropp RY, Wong T, Cormier L, Ringrose A, Burton S, Embree JE, et al. Neonatal herpes simplex virus infections in Canada: results of a 3-year national prospective study. *Pediatrics*. 2006;117(6):1955-62.
125. Tita AT, Grobman WA, Rouse DJ. Antenatal herpes serologic screening: an appraisal of the evidence. *Obstet Gynecol*. 2006;108(5):1247-53.
126. Gardella C, Huang ML, Wald A, Magaret A, Selke S, Morrow R, et al. Rapid polymerase chain reaction assay to detect herpes simplex virus in the genital tract of women in labor. *Obstet Gynecol*. 2010;115(6):1209-16.
127. American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for perinatal care. 6th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2007.
128. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Directive clinique sur la prise en charge du virus de l'herpès simplex pendant la grossesse. *JOGC*. 2008;30(6), 514-9. Sur Internet : <http://sogc.org/guidelines/documents/gui208CPG0806f.pdf>.
129. Long SS, Pool TE, Vodzak J, Daskalaki I, Gould JM. Herpes simplex virus infection in young infants during 2 decades of empiric acyclovir therapy. *Pediatr Infect Dis J*. 2011;30(7):556-61.
130. Caviness AC, Demmler GJ, Selwyn BJ. Clinical and laboratory features of neonatal herpes simplex virus infection: a case-control study. *Pediatr Infect Dis J*. 2008;27(5):425-30.
131. Elefsiniotis I, Tsoumakas K, Vezali E, Glynou I, Drakoulis N, Saroglou G. Spontaneous preterm birth in women with chronic hepatitis B virus infection. *Int J Gynaecol Obstet*. 2010;110(3):241-4.
132. Singh AE, Plitt SS, Osiowy C, Surynicz K, Kouadjo E, Preiksaitis J, et al. Factors associated with vaccine failure and vertical transmission of hepatitis B among a cohort of Canadian mothers and infants. *J Viral Hepat*. 2011;18(7):468-73.
133. Wiseman E, Fraser MA, Holden S, Glass A, Kidson BL, Heron LG, et al. Perinatal transmission of hepatitis B virus: an Australian experience. *Med J Aust*. 2009;190(9):489-92.
134. Lam NC, Gotsch PB, Langan RC. Caring for pregnant women and newborns with hepatitis B or C. *Am Fam Physician*. 2010;82(10):1225-9.
135. Tharmaphornpilas P, Rasdjarmrearnsook AO, Plianpanich S, Sa-nguanmoo P, Poovorawan Y. Increased risk of developing chronic HBV infection in infants born to chronically HBV infected mothers as a result of delayed second dose of hepatitis B vaccination. *Vaccine*. 2009;27(44):6110-5.
136. Kabir A, Alavian SM, Ahanchi N, Malekzadeh R. Combined passive and active immunoprophylaxis for preventing perinatal transmission of the hepatitis B virus in infants born to HBsAg positive mothers in comparison with vaccine alone. *Hepato Res*. 2006;36(4):265-71.
137. Lee C, Gong Y, Brok J, Boxall EH, Gluud C. Hepatitis B immunisation for newborn infants of hepatitis B surface antigen-positive mothers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006(2):CD004790.
138. Boucher M, Gruslin A. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Clinical practice guidelines: the reproductive care of women living with hepatitis C infection. *Journal SOGC*. 2000(96). Available from: <http://sogc.org/guidelines/the-reproductive-care-of-women-living-with-hepatitis-c-infection/>.
139. Valladares G, Chacaltana A, Sjogren MH. The management of HCV-infected pregnant women. *Ann Hepatol*. 2010;9 Suppl:92-7.
140. McDermott CD, Moravac CC, Yudin MH. The effectiveness of screening for hepatitis C in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can*. 2010;32(11):1035-41.
141. Ghamar Chehreh ME, Tabatabaei SV, Khazanehdari S, Alavian SM. Effect of cesarean section on the risk of perinatal transmission of hepatitis C virus from HCV-RNA+/HIV- mothers: a meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet*. 2011;283(2):255-60.

142. Indolfi G, Resti M. Perinatal transmission of hepatitis C virus infection. *J Med Virol*. 2009;81(5):836-43.
143. McMenamin MB, Jackson AD, Lambert J, Hall W, Butler K, Coulter-Smith S, et al. Obstetric management of hepatitis C-positive mothers: analysis of vertical transmission in 559 mother-infant pairs. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;199(3):315 e1-5.
144. McIntyre PG, Tosh K, McGuire W. Caesarean section versus vaginal delivery for preventing mother to infant hepatitis C virus transmission. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006(4):CD005546.
145. Jain S, Goharkhay N, Saade G, Hankins GD, Anderson GD. Hepatitis C in pregnancy. *Am J Perinatol*. 2007;24(4):251-6.
146. Safir A, Levy A, Sikuler E, Sheiner E. Maternal hepatitis B virus or hepatitis C virus carrier status as an independent risk factor for adverse perinatal outcome. *Liver Int*. 2010;30(5):765-70.
147. Agence de la santé publique du Canada. Le VIH et le sida au Canada. Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2009. Ottawa, ON, Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2010. Sur Internet : http://www.cpha.ca/uploads/portals/hiv/2009-report_b.pdf.
148. Keenan-Lindsay L, Yudin MH. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Clinical practice guidelines: HIV screening in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can*. 2006;28(12):1103-7. Available from: www.sogc.org/guidelines/documents/185E-CPG-December2006.pdf.
149. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA). Rapport mondial. Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2010. Genève, Suisse, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), 2010. Sur Internet : www.unaids.org/globalreport/documents/20101123_AIDS_scorecards_fr_em.pdf.
150. Bitnun SA. Guidelines for the prevention of mother-to-child HIV transmission. Unpublished 2011.
151. Société canadienne de pédiatrie. Le dépistage du VIH pendant la grossesse. *Paediatr Child Health*. 2008;13(3):221-30.
152. Mofenson LM, McIntyre JA. Advances and research directions in the prevention of mother-to-child HIV-1 transmission. *Lancet*. 2000;355(9222):2237-44.
153. Postma MJ, Beck EJ, Hankins CA, Mandalia S, Jager JC, de Jong-van den Berg LT, et al. Cost effectiveness of expanded antenatal HIV testing in London. *AIDS*. 2000;14(15):2383-9.
154. Burdge DR, Money DM, Forbes JC, Walmsley SL, Smaill FM, Boucher M, et al. Canadian consensus guidelines for the management of pregnancy, labour and delivery and for postpartum care in HIV-positive pregnant women and their offspring (summary of 2002 guidelines). *CMAJ*. 2003;168(13):1671-4.
155. Boucher M. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Directives cliniques, Voie d'accouchement pour les femmes infectées par le virus de l'immunodéficience humaine. *Journal SOGC*. 2001;101:1-3. Sur Internet : <http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/02/101F-CPG-Avril2001.pdf>.
156. Panel on Treatment of HIV-Infected Pregnant Women and Prevention of Perinatal Transmission. Recommendations for use of antiretroviral drugs in pregnant HIV-1-infected women for maternal health and interventions to reduce perinatal HIV transmission in the United States. p. 1-117. [cited 2011 Sep 23]. Available from: <http://aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/PerinatalGL.pdf>.
157. Panel on Antiretroviral Therapy and Medical Management of HIV-Infected Children. Guidelines for the use of antiretroviral agents in pediatric HIV infection. p. 1-268. [cited 2011 Sep 23]. Available from: <http://aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/PediatricGuidelines.pdf>.
158. Cohen A, Moschopoulos P, Stiehm RE, Koren G. Congenital varicella syndrome: the evidence for secondary prevention with varicella-zoster immune globulin. *CMAJ*. 2011;183(2):204-8.
159. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. Guidance for the prevention and control of influenza in the peri- and postpartum settings. [Updated 2011-03-07; cited 2011 Mar 9]. Available from: www.cdc.gov/flu/professionals/infectioncontrol/peri-post-settings.htm.

160. Barbe C, Santerne B, Lemartelleur L, Dupont P, Bureau-Chalot F, Bajolet O. Prevalence of meticillin-resistant *Staphylococcus aureus* in expressed breast milk in a neonatal intensive care unit. J Hosp Infect. 2008;69(2):195-7.
161. Kenny JF. Recurrent group B streptococcal disease in an infant associated with the ingestion of infected mother's milk. J Pediatr. 1977;91(1):158-9.
162. Lawrence RM, Lawrence RA. Breast milk and infection. Clin Perinatol. 2004;31(3):501-28.
163. Rozolen CD, Goulart AL, Kopelman BI. Is breast milk collected at home suitable for raw consumption by neonates in Brazilian public neonatal intensive care units? J Hum Lact. 2006;22(4):418-25.
164. Mammina C, Di Carlo P, Cipolla D, Casuccio A, Tantillo M, Plano MR, et al. Nosocomial colonization due to imipenem-resistant *Pseudomonas aeruginosa* epidemiologically linked to breast milk feeding in a neonatal intensive care unit. Acta Pharmacol Sin. 2008;29(12):1486-92.
165. Steele C, Short R. Centralized infant formula preparation room in the neonatal intensive care unit reduces incidence of microbial contamination. J Am Diet Assoc. 2008;108(10):1700-3.
166. Community and Hospital Infection Control Association - Canada. Position statement: handling of expressed breast milk (EBM) in acute care facilities. 2006. Available from: www.ipac-canada.org/pdf/EBM.pdf.
167. Doxtator L, Zoutman D. Management of breast pump kits: a review. Can J Infect Control. 2006;21(2):92-5.
168. British Columbia Reproductive Care Program. General guideline 3. Nutrition: part 1 breastfeeding the healthy term infant. 1997.
169. Williamson MT, Murti PK. Effects of storage, time, temperature, and composition of containers on biologic components of human milk. J Hum Lact. 1996;12(1):31-5.
170. Dougherty D, Nash A. Bar coding from breast to baby: a comprehensive breast milk management system for the NICU. Neonatal Netw. 2009;28(5):321-8.
171. Woo K, Spatz D. Human milk donation: what do you know about it? MCN Am J Matern Child Nurs. 2007;32(3):150-5; quiz 6-7.
172. Food and Drug Administration Office of Pediatric Therapeutics and Pediatric & Maternal Health Staff. FDA advisory committee discusses safety of human milk banks. AAP News. 2011; 32(2):6. Available from: <http://aapnews.aappublications.org/cgi/content/full/32/2/6>.
173. Gransden WR, Webster M, French GL, Phillips I. An outbreak of *Serratia marcescens* transmitted by contaminated breast pumps in a special care baby unit. J Hosp Infect. 1986;7(2):149-54.
174. Jones BL, Gorman LJ, Simpson J, Curran ET, McNamee S, Lucas C, et al. An outbreak of *Serratia marcescens* in two neonatal intensive care units. J Hosp Infect. 2000;46(4):314-9.
175. Donowitz LG, Marsik FJ, Fisher KA, Wenzel RP. Contaminated breast milk: A source of *Klebsiella bacteremia* in a newborn intensive care unit. Rev Infect Dis. 1981;3(4):716-20.
176. Lenati RF, O'Connor DL, Hebert KC, Farber JM, Pagotto FJ. Growth and survival of *Enterobacter sakazakii* in human breast milk with and without fortifiers as compared to powdered infant formula. Int J Food Microbiol. 2008;122(1-2):171-9.
177. van Acker J, de Smet F, Muyldermans G, Bougatef A, Naessens A, Lauwers S. Outbreak of necrotizing enterocolitis associated with *Enterobacter sakazakii* in powdered milk formula. J Clin Microbiol. 2001;39(1):293-7.
178. Soler P, Herrera S, Rodriguez J, Cascante J, Cabral R, Echeita-Sarriondia A, et al. Nationwide outbreak of *Salmonella enterica* serotype Kedougou infection in infants linked to infant formula milk, Spain, 2008. Euro Surveill. 2008;13(35).
179. Biering G, Karlsson S, Clark NC, Jonsdottir KE, Ludvigsson P, Steingrimsdottir O. Three cases of neonatal meningitis caused by *Enterobacter sakazakii* in powdered milk. J Clin Microbiol. 1989;27(9):2054-6.

180. Muytjens HL, Kollee LA. Neonatal meningitis due to *Enterobacter sakazakii*. Tijdschr Kindergeneesk. 1982;50(4):110-2.
181. Santé Canada [Internet]. Avis à l'intention des professionnels de la santé - Présence de la bactérie *Enterobacter sakazakii* dans les préparations en poudre pour nourrissons. 2002 [consulté le 18 janvier 2011]. Sur Internet : www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/advisories-avis/prof/2002/index-fra.php.
182. Jarvis C. Fatal *Enterobacter sakazakii* infection associated with powdered infant formula in a neonatal intensive care unit in New Zealand. AJIC. 2005;33(5):E19.
183. Osaili TM, Shaker RR, Ayyash MM, Al-Nabulsi AA, Forsythe SJ. Survival and growth of *Cronobacter* species (*Enterobacter sakazakii*) in wheat-based infant follow-on formulas. Lett Appl Microbiol. 2009;48(4):408-12.
184. Santé Canada [Internet]. Recommandations sur la préparation et la manipulation des préparations en poudre pour nourrissons (PPN). [mis à jour le 9 février 2010, consulté le 18 janvier 2011]. Sur Internet : www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/infant-nourisson/pif-ppn-recommandations-fra.php.
185. Santé Canada [Internet]. Reconstitution et manipulation d'une préparation en poudre pour nourrissons. 2010 [consulté le 14 février 2010]. Sur Internet : www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/kitchen-cuisine/pif-ppn-fra.php.
186. Organisation mondiale de la santé. Préparation de poudre pour nourrissons dans les établissements de soins. Organisation mondiale de la santé; 2007. Sur Internet : www.who.int/foodsafety/publications/micro/PIF_Care_fr.pdf.
187. Organisation mondiale de la santé, en collaboration avec l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture. Préparation, conservation et manipulation dans de bonnes conditions des préparations en poudre pour nourrissons. Organisation mondiale de la santé; 2007. Sur Internet : www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif_guidelines_fr.pdf.
188. Gurtler JB, Beuchat LR. Growth of *Enterobacter sakazakii* in reconstituted infant formula as affected by composition and temperature. J Food Prot. 2007;70(9):2095-103.
189. Deshpande G, Rao S, Patole S, Bulsara M. Updated meta-analysis of probiotics for preventing necrotizing enterocolitis in preterm neonates. Pediatrics. 2010;125(5):921-30.
190. Deshpande G, Rao S, Patole S. Probiotics for prevention of necrotising enterocolitis in preterm neonates with very low birthweight: a systematic review of randomised controlled trials. Lancet. 2007;369(9573):1614-20.
191. Alfaleh K, Bassler D. Probiotics for prevention of necrotizing enterocolitis in preterm infants. Cochrane Database Syst Rev. 2008(1):CD005496.
192. Garland SM, Jacobs SE, Tobin JM, Opie GF, Donath S. A cautionary note on instituting probiotics into routine clinical care for premature infants. Pediatrics. 2010;126(3):e741-2; author reply e3-5.
193. Soll RF. Probiotics: are we ready for routine use? Pediatrics. 2010;125(5):1071-2.
194. Bryant KA, Zerr DM, Huskins WC, Milstone AM. The past, present, and future of healthcare-associated infection prevention in pediatrics: catheter-associated bloodstream infections. Infect Control Hosp Epidemiol. 2010;31 Suppl 1:S27-31.
195. O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, Dellinger EP, Garland J, Heard SO, et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. Am J Infect Control. 2011;39(4 Suppl 1):S1-34.
196. Bowles S, Pettit J, Mickas N, Nisbet C, Proctor T, Wirtschafter D. Neonatal hospital-acquired infection prevention. Perinatal Quality Improvement Panel (PQIP), California Perinatal Quality Care Collaborative (CPQCC); 2007. Available from: www.cpqcc.org/documents/43/download.
197. Wirtschafter DD, Pettit J, Kurtin P, Dalsey M, Chance K, Morrow HW, et al. A statewide quality improvement collaborative to reduce neonatal central line-associated blood stream infections. J Perinatol. 2010;30(3):170-81.

198. Institut canadien pour la sécurité des patients [Internet]. Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! Infections liées aux cathéters intravasculaires centraux. 2010 [consulté le 15 décembre 2010]. Sur Internet : www.saferhealthcarenow.ca/fr/interventions/cli/pages/default.aspx.
199. Gillies D, O'Riordan L, Wallen M, Morrison A, Rankin K, Nagy S. Optimal timing for intravenous administration set replacement. Cochrane Database Syst Rev. 2005(4):CD003588.

