



HAL
open science

Audit sur les pratiques d'hygiène dans le cadre du sondage vésical évacuateur à la maternité de l'HCE de Grenoble

Clotilde Guichard

► **To cite this version:**

Clotilde Guichard. Audit sur les pratiques d'hygiène dans le cadre du sondage vésical évacuateur à la maternité de l'HCE de Grenoble. Gynécologie et obstétrique. 2011. dumas-00617710

HAL Id: dumas-00617710

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00617710v1>

Submitted on 21 Sep 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
UFR DE MEDECINE DE GRENOBLE

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE GRENOBLE

AUDIT SUR LES PRATIQUES D'HYGIENE
DANS LE CADRE DU
SONDAGE VESICAL EVACUATEUR
A LA MATERNITE DE L'HCE DE GRENOBLE

Mémoire soutenu le 17 Mai 2011

Par GUICHARD Clotilde

Née le 21.04.1988

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme

2011

REMERCIEMENTS

Je remercie les membres du jury :

- Mme le Dr Pascale HOFFMANN, MCU-PH en Gynécologie-obstétrique au CHU de Grenoble, Président du jury ;

- Mr le Dr Emmanuel EYRIEY, Gynécologue-obstétricien à la Clinique Mutualiste de Grenoble ;

- Mme Chantal SEGUIN, Directrice de l'Ecole de Sages-femmes de Grenoble ;

- Mme Nadine VASSORT, Sage-femme Enseignante à l'Ecole de Sage-femme de Grenoble, guidante de ce mémoire ;

- Mr Fabien VELLEMENT, Sage-femme au CH de Voiron ;

Je remercie plus particulièrement :

➤ Mme Valérie MARTINEZ, Sage-femme au Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble, directrice de ce mémoire,

Pour sa disponibilité, son soutien, et ses conseils précieux,

➤ Mme Nadine VASSORT, Sage-femme Enseignante à l'Ecole de Sage-femme de Grenoble, guidante de ce mémoire,

Pour ses encouragements et ses corrections,

➤ L'ensemble des sages-femmes de la maternité du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble,

Pour leur disponibilité et leur patience dans le remplissage de mon questionnaire.

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS.....	1
INTRODUCTION.....	2
MATERIEL ET METHODES.....	6
I-Type d'étude.....	6
II-Population.....	6
III-Période d'étude.....	7
IV-Référentiels.....	7
V-Recueil des données.....	10
VI-Analyses statistiques.....	10
RESULTATS.....	11
I-Diagramme d'inclusion.....	11
II-Caractéristiques de la population.....	12
III-Pratiques d'hygiène.....	13
DISCUSSION.....	17
I-Limites de l'étude.....	17
II-Analyse des données.....	18
III-Plan d'amélioration.....	25
IV-Perspectives.....	27
CONCLUSION.....	28
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	

ABREVIATIONS

- AFU : Association Française d’Urologie
- CCLIN : Centre de Coordination et de Lutte contre les Infections Nosocomiales
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
- CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
- CTINILS : Comité Technique national des Infections Nosocomiales et Infections Liées aux Soins
- DASRI : Déchets d’Activité de Soins à Risques Infectieux
- ECBU : Examen CytoBactériologique des Urines
- GHA : Gel Hydro Alcoolique
- GREPHH : GRoupe Evaluation des Pratiques en Hygiène Hospitalière
- HCE : Hôpital Couple Enfant
- IN : Infection Nosocomiale
- IU : Infection Urinaire
- MMF : Médecine Materno-Foetale
- OMS : Organisation Mondial de la Santé
- SF : Sage-Femme
- SFHH : Société Française d’Hygiène Hospitalière
- SPILF : Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française
- SVE : Sondage Vésical Evacuateur
- RAISIN : Réseau d’Alerte, d’Investigations et de Surveillance des Infections Nosocomiales
- UME : Unité Mère-Enfant

INTRODUCTION

Le sondage vésical consiste à introduire une sonde dans la vessie par les voies naturelles pour en évacuer les urines.

Deux types de sondages vésicaux existent : le sondage vésical continu et le sondage vésical évacuateur (SVE). Dans le cas du SVE, la sonde est retirée une fois la vessie vidée, contrairement au sondage vésical continu où la sonde est laissée en place.

Les indications et la durée du sondage doivent être limitées au strict minimum. Ainsi, l'utilisation des méthodes alternatives au sondage vésical continu comme les sondages évacuateurs itératifs est préférée car ils exposent à un risque moindre d'infection [1]. L'indication principale du sondage est la rétention urinaire.

En salle d'accouchement, le SVE est une pratique courante notamment depuis l'utilisation des analgésies locorégionales qui rendent la miction spontanée le plus souvent impossible.

Afin d'avoir des chiffres précis sur le nombre de SVE dont bénéficient les parturientes au CHU de Grenoble, nous avons, au préalable, réalisé une étude prospective et rétrospective sur la période du mois d'octobre 2010 incluant 241 parturientes. Les résultats étaient les suivant :

-Pendant le travail, plus de trois patientes sur cinq ont bénéficié d'au moins un SVE (34,86% de un, 23,24% de deux, 3,32% de trois et 1,25% de quatre et plus).

-En post-partum immédiat, plus de la moitié a bénéficié d'un SVE et 7% de deux.

Les détails de l'étude sont présentés en annexe 1.

Ces résultats viennent confirmer ceux du CCLIN Sud-Est de 2009 sur la fréquence de ce soin (cf. annexe 2).

Le sondage vésical est une manœuvre urologique et expose donc à un risque d'infection urinaire (IU).

Dans le cadre d'une hospitalisation, l'IU est dite nosocomiale lorsqu'elle apparaît au cours ou à la suite d'une hospitalisation et si elle était absente à l'admission à l'hôpital. Lorsque la situation à l'admission n'est pas connue, un délai d'au moins 48 heures après l'admission est communément accepté pour distinguer une infection

d'acquisition nosocomiale d'une infection communautaire. Toutefois, il est recommandé d'accepter, dans chaque cas douteux, la plausibilité du lien causal entre hospitalisation et infection [1].

La loi n° 98-535 du 1/07/1998 (article L.711-1 du code de la santé publique) a introduit l'obligation, pour tous les établissements de santé d'organiser, en leur sein, la lutte contre les infections nosocomiales (IN).

Les instances nationales (CTINILS, RAISIN) recommandent une surveillance ponctuelle et régulière des IN. Ainsi, différents niveaux d'évaluation sont nécessaires :

- Le suivi épidémiologique des IN : Etudes d'incidence et de prévalence ;
- L'évaluation des pratiques professionnelles.

Les limites de la surveillance épidémiologique en maternité :

Dans un rapport de 2009, le CCLIN Sud-Est justifie ces limites du fait de [2] :

- **La fréquence basse des IU** : en 2009, parmi les patientes ayant accouché par voie basse, 0,45% ont développé une IU nosocomiale. Chez ces patientes, elle représentait la plus fréquente des IN (46%) [3].

-**La durée de séjour écourtée en maternité** ne permet pas de retrouver les infections qui se déclarent après la sortie. Le CCLIN Sud-Est rapporte une durée de séjour post accouchement de 4,0 jours pour les patientes ayant accouché par voie basse (écart-type : 1,3) alors que le délai d'apparition des IU nosocomiales est en moyenne de 4,5 jours (écart-type à 4,44) [3].

En 2009, le CCLIN a mis en place un suivi des patientes après leur sortie de la maternité, mais cette nouvelle disposition a ses limites puisque les pertes de vue existent. La surveillance épidémiologique des IU en maternité reste donc difficile.

Les limites du dépistage des IU dans la surveillance épidémiologique :

La SPILF et l'AFU, dans leur conférence de 2002 [4], ont rapporté les limites du dépistage des IU. Les ECBU, trop coûteux, restant une méthode de diagnostic, la bandelette urinaire reste le seul moyen de dépistage. Celle-ci a un intérêt quant à sa valeur prédictive négative. Cependant, en maternité, leucocyturie et hématurie sont fréquentes (contamination par lochies) sans pour autant être associées à une IU ; **les faux positifs** sont donc nombreux. Par ailleurs, il existe des germes ne dégradant pas

les nitrates (*Enterococcus sp*, *Candida sp*, *Pseudomonas sp*, *Acinetobacter sp*,...), des **faux négatifs** existent donc aussi [5] [6]. Ceci remet en cause l'intérêt du dépistage systématique en maternité lors des études épidémiologiques.

L'évaluation des pratiques professionnelles :

L'EPP s'inscrit dans une démarche qualité d'un établissement mais aussi dans une démarche individuelle : elle fait partie, depuis 2009, du développement professionnel continu.

L'EPP consiste à analyser la pratique par rapport aux recommandations ; une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins doit résulter de cette comparaison.

Qu'en est-il des recommandations concernant le sondage vésical ?

C'est dans une politique de prévention des IN, que les CCLIN, centres régionaux de référence en matière d'épidémiologie et de prévention, diffusent les recommandations élaborées par les instances nationales. Ces recommandations sont à disposition des CLIN des établissements de santé, afin qu'ils puissent élaborer des fiches techniques accessibles au personnel et ainsi diffuser à leur tour les recommandations au niveau du personnel.

Etat des lieux au CHU de Grenoble :

- Le CHU ne participe pas aux études épidémiologiques du CCLIN Sud-Est depuis plusieurs années : il n'existe aucune donnée récente sur la prévalence et l'incidence des IU nosocomiales en maternité.
- La fiche technique concernant le SVE réalisé par le CLIN n'a pas été mise à jour depuis 2005 et n'est pas conforme aux recommandations actuelles.
Celle-ci est présentée en annexe 3.

C'est dans ce contexte qu'il nous a paru intéressant de réaliser une évaluation des pratiques professionnelles.

L'objectif principal est d'évaluer l'observance des bonnes pratiques d'hygiène réalisées lors du SVE en mesurant les écarts entre les recommandations actuelles et la pratique des sages-femmes en maternité.

L'objectif secondaire est de proposer une nouvelle fiche technique sur le SVE en accord avec les dernières recommandations afin d'informer les soignants, ré-uniformiser les pratiques, et ainsi assurer la qualité et la sécurité de ce soin.

Dans une première partie, nous décrirons le matériel utilisé ainsi que la méthode de notre étude.

Dans une deuxième partie, nous en donnerons les résultats.

Enfin, nous discuterons dans une troisième partie les résultats de notre étude.

MATERIEL ET METHODES

I-Type d'étude

Il s'agit d'un audit clinique, étude descriptive prospective, par auto-évaluation des sages-femmes sur leurs pratiques habituelles concernant le SVE.

II-Population

Critères d'inclusion :

Nous avons inclus les sages-femmes qui exerçaient à l'HCE du CHU de Grenoble en salle d'accouchement, unité mère-enfant (UME), unité de médecine materno-fœtale (MMF) et consultations, au moment de l'étude.

Les SVE sont faits majoritairement en salle d'accouchement mais les sages-femmes changent régulièrement de secteur, ainsi, elles sont toutes amenées à réaliser ce soin.

Critères d'exclusion :

Nous avons exclus les sages-femmes cadres, tabacologues, et exerçant uniquement au sein de l'unité transversale d'accompagnement périnatal puisqu'elles ne réalisent pas ce soin.

Echantillon :

Dans le cadre d'un audit clinique, il est classiquement admis que l'échantillon doit contenir au moins 30 cas. L'équipe de sages-femmes sollicitée pour cet audit représentait 58 sujets. En supposant que le pourcentage de non-réponse serait inférieur à 50%, nous pouvions estimer que les résultats seraient statistiquement représentatifs de la pratique du SVE au sein de la maternité de l'HCE du CHU de Grenoble.

III-Période d'étude

L'audit s'est déroulé sur une période d'un mois et demi, du 28 septembre au 11 novembre 2010.

IV-Référentiels

L'IU fait partie des infections dont les mesures de prévention sont bien validées. Ces mesures concernent la prévention de l'IN et la prévention de la contamination du personnel, importante à prendre en compte dans le risque de transmission croisée.

Nous avons ainsi choisi les références suivantes :

- Les 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales du CTINILS (1999) [1] ;
- Les recommandations de la SFHH (2009) :
 - Guide pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales en maternité [7], recommandé par le CTINILS, le CCLIN Sud-Est et le CNGOF;
 - Hygiène des mains [8];
- Les recommandations du CCLIN Sud-Est concernant les tenues professionnelles dans les établissements de santé (2008) [9];
- Les recommandations du CLIN du CHU de Grenoble qui a élaboré les fiches techniques sur l'utilisation des antiseptiques (2009) [10], l'hygiène des mains (2009) [11] et l'utilisation des gants en unité de soin (2006) [12].

Etant donné le nombre de références admises et l'absence de fiche technique claire sur le SVE, il était nécessaire de lister les critères recommandés pour la pratique de ce soin. C'est sur ces critères qu'a porté notre audit.

➤ La tenue :

Lors d'un SVE, il est recommandé au soignant de se protéger d'une éventuelle contamination par les urines par le port d'un tablier plastique ou d'une sur blouse, de lunettes de protection et d'un masque ou d'un masque à visière [9].

➤ L'hygiène des mains :

Elle est recommandée :

- Avant tout contact avec la patiente (Avant l'antisepsie vulvo-périnéale) ;
- Après un risque d'exposition à un liquide biologique (Après l'antisepsie vulvo-périnéale et le SVE) ;
- Avant un geste aseptique (Avant le SVE) [8] [11].

Il est fortement recommandé d'effectuer une friction au gel hydro-alcoolique (GHA) en remplacement du lavage simple des mains (au savon doux) en l'absence de souillures visible des mains [8] [11].

Le respect des bonnes pratiques de l'hygiène des mains concerne aussi le nombre d'étapes à effectuer et la durée de la friction / savonnage :

- Les sept étapes sont recommandées pour les deux techniques : paume contre paume, paume contre le dos de la main, paume contre paume avec doigts entrelacés, dos des doigts contre paume opposée, ensemble des pouces, ongles dans le creux de la main, poignets par rotation.
- Il est recommandé une friction d'au moins 30 secondes pour la désinfection au GHA et un savonnage d'au moins 15 secondes pour le lavage simple des mains [8] [11].

➤ L'antisepsie vulvo-périnéale :

C'est un soin à haut risque de contamination pour le soignant : le port de gants de soins non stériles prévient ce risque et donc celui de transmission croisée [12].

Il est fortement recommandé de réaliser une antiseptie en quatre temps :

-Temps 1 : Toilette vulvo-périnéale large avec savon antiseptique ;

-Temps 2 : Rinçage ;

-Temps 3 : Séchage ;

-Temps 4 : L'antiseptie proprement dite avec l'application d'un antiseptique de la même gamme que le savon utilisé pour le temps 1. Ce dernier temps est stérile et doit donc être réalisé avec des compresses et des gants stériles [8] [10].

Le choix des antiseptiques doit être fait par le CLIN en collaboration avec le service de pharmacie et l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) [7]. Au CHU de Grenoble, il est recommandé d'utiliser en première intention les dérivés chlorés (Bétadine® scrub 4% ; Bétadine® vaginale 10% ou Bétadine® dermique 10%) [10].

En cas d'allergie à la povidone iodée, il est recommandé d'utiliser le savon doux pour le temps 1 et la solution de Dakin® stabilisée pure pour le temps 4.

➤ Le sondage vésical évacuateur :

Il s'agit d'un soin aseptique, il est donc fortement recommandé de porter des gants stériles [7] [9].

Il est aussi recommandé le drainage clos au même titre que pour le sondage vésical continu, pour la prévention du risque infectieux. Le drainage clos protège aussi le soignant de la projection d'urines [1] [7].

➤ La gestion des déchets :

Elle est essentielle dans la prévention du risque de contamination du personnel. Il est recommandé d'évacuer le matériel utilisé dans la filière des DASRI (Déchets d'Activité de Soins à Risques Infectieux) et les urines dans les toilettes ou les laves-bassins [7].

V-Recueil des données

Nous avons réalisé cet audit à l'aide de questionnaires anonymes.

Ceux-ci ont été adressés aux sages-femmes des différents secteurs (Salle d'accouchement, UME, MMF et consultations), sous enveloppe nominative, avec pour consigne de les déposer, une fois remplis, dans les enveloppes prévues à cet effet présentes dans les offices de chaque secteur.

Nous avons utilisé les plannings des sages-femmes pour connaître leur nom et le secteur dans lequel elles exerçaient.

Une relance par courriel de toutes les sages-femmes, a permis de récupérer plusieurs questionnaires manquants.

Notre questionnaire, présenté en annexe 4, reprenait les critères précédemment cités en respectant la chronologie du soin.

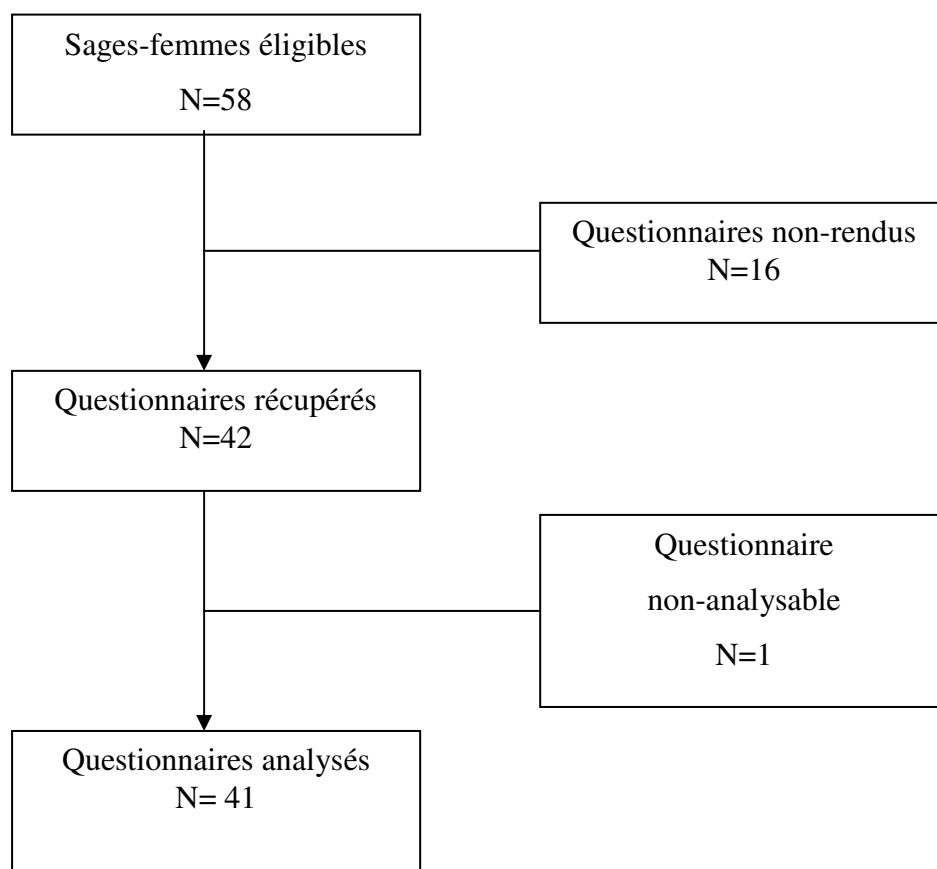
VI-Analyses statistiques

Les variables, données qualitatives, ont été décrites par l'effectif et la proportion.

Les analyses statistiques ont été réalisées à partir du logiciel Stat View.

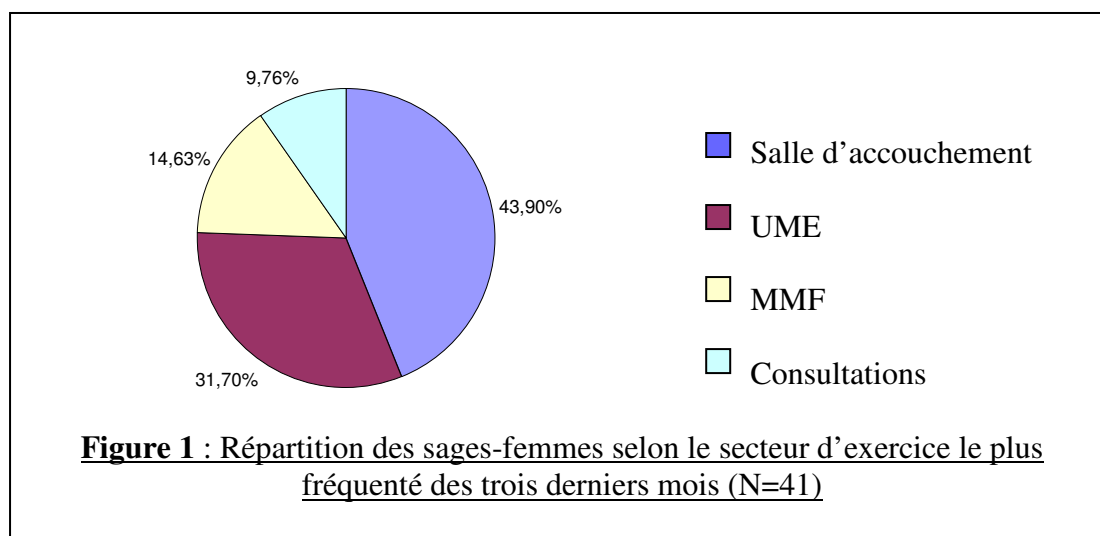
RESULTATS

I-Diagramme d'inclusion



II-Caractéristiques de la population

- 60,98% (N=25) des sages-femmes exercent depuis plus de cinq ans leur profession.
- La majorité a exercé le plus souvent en salle d'accouchement durant les trois mois précédant notre étude.



- 82,92% (N=34) des sages-femmes connaissent l'existence d'une fiche technique sur le SVE, au sein de l'établissement.
Parmi celles-ci, 93,10% (N=27)* connaissent un moyen de la consulter, et 48,28% (N=14)* connaissent l'accès informatique.
* Donnée non renseignée pour N=5.

III-Pratiques d'hygiène

➤ La tenue :

Tableau I

Critères	N(%)
<u>Port d'une sur blouse ou d'un tablier plastique à usage unique :</u>	41(100%)
Souvent	2(4,88%)
Rarement	9(21,95%)
Jamais	30(73,17%)
<u>Port d'une protection supplémentaire * :</u>	40(100%)
Toujours	14(35%)
Souvent	11(27,5%)
Rarement	6(15%)
Jamais	9(22,5%)
<u>Parmi les SF portant une protection supplémentaire, type de protection * :</u>	30(100%)
Masque	29(96,67%)
Lunettes de protection ou masque à visière	4(13,33%)

* Données non renseignées pour N=1.

➤ L'hygiène des mains :

- Toutes les sages-femmes (N=41) pratiquent une hygiène des mains avant l'antisepsie vulvo-périnéale. 39,02% (N=16) d'entre elles réalisent seulement un lavage simple des mains.
- 95,12% (N=39) pratiquent une hygiène des mains après l'antisepsie vulvo-périnéale. Parmi celles-ci, 97,44% (N=38) réalisent une désinfection au GHA (qu'elle soit réalisée seule, après lavage simple des mains ou juste avant le SVE).
- 95% (N=38) * réalisent une désinfection au GHA juste avant le SVE.
* Donnée non renseignée pour N=1.
- 95,12% (N=39) pratiquent une hygiène des mains après le SVE. 56,10% (N=23) d'entre elles réalisent seulement un lavage simple des mains.

Tableau II

Critères	N (%)
<u>Nombre d'étapes recommandé lors du lavage simple des mains et de la friction au GHA, d'après les SF :</u>	41(100%)
4	7(17,07%)
5	13(31,71%)
6	11(26,83%)
7	10(24,39%)
<u>Parmi les SF connaissant les recommandations des 7 étapes, celles qui les respectent :</u>	N=10(100%)
<u>Pour le lavage simple des mains :</u>	
Toujours	1(10%)
Souvent	7(70%)
Rarement	1(10%)
Jamais	1(10%)
<u>Pour la friction au GHA :</u>	
Toujours	2(20%)
Souvent	5(50%)
Rarement	1(10%)
Jamais	2(20%)
<u>En pratique, durée du savonnage lors du lavage simple des mains : ≥ 15 secondes</u>	41(100%) 33(80,49%)
<u>Durée de la friction lors de la désinfection au GHA : ≥ 30 secondes</u>	41(100%) 8(19,51%)

➤ L'antisepsie vulvo-périnéale :

- Toutes les sages-femmes (N=41) déclarent porter des gants pour l'antisepsie vulvo-périnéale. 68,29% (N=28) d'entre elles utilisent des gants non stériles.
- 95,12% (N=39) des sages-femmes connaissent les recommandations actuelles concernant l'antisepsie vulvo-périnéale en quatre temps.
- Hors situation d'urgence, 58,54% (N=24) déclarent toujours réaliser l'antisepsie en quatre temps, avant les SVE. 34,15% (N=14) peuvent être amenées à ne réaliser qu'une antisepsie seule du méat urinaire, 7,32% (N=3) une toilette seule et 2,44% (N=1) aucune antisepsie.

Tableau III

Critères	N(%)
<u>Sur 10 SVE, hors urgence, nombre de sondages où est effectué(e):</u>	41(100%)
<u>L'antisepsie vulvo-périnéale en 4 temps :</u>	
10/10	24(58,54%)
7-9/10	7(17,07%)
4-6/10	8(19,51%)
1-3/10	2(4,88%)
<u>Une antisepsie du méat urinaire seul (1 seul temps) :</u>	
0/10	27(65,85%)
1-3/10	8(19,51%)
4-5/10	4(9,76%)
7-8/10	2(4,88%)
<u>Une toilette vulvo-périnéale seule (pas de temps 4) :</u>	
0/10	38(92,68%)
3/10	1(2,44%)
5-6/10	2(4,88%)
<u>Aucune Antisepsie vulvo-périnéale :</u>	
5/10	1(2,44%)
<u>Produit utilisé pour le temps 1: *</u>	36(100%)
Savon antiseptique (Bétadine® scrub) en systématique	31(86,11%)
Savon doux	5(13,89%)

* Donnée non renseignée pour N=5.

- 19,51% (N=8) procèdent à un rinçage stérile (eau stérile) et 26,83% (N=11) à un séchage stérile (compresses stériles).
- 100% (N=34) des sages-femmes ont recours à un antiseptique de la même gamme que le savon antiseptique lorsque celui-ci était utilisé pour le temps 1 et toutes (N=40)* appliquent l'antiseptique de façon stérile (cf. tableau III).

* Donnée non renseignée pour N=1.

- Parmi les 13,89 % (N=5) des sages-femmes utilisant le savon doux pour le temps 1, aucune n'utilise le dakin® pour le temps 4 ; donc 86,11% (N=31) des sages-femmes respectent toujours les recommandations concernant les produits utilisés lors de l'antisepsie vulvo-périnéale (cf. tableau III).
- Au total, 44,74% (N=17)* des sages-femmes respectent toutes les recommandations concernant l'antisepsie vulvo-périnéale.

* Donnée non renseignée pour N=3

➤ Le sondage vésical évacuateur :

- 95,12% (N=39) portent des gants stériles lors du soin.
- 95,12% (N= 39) déclarent ne pas utiliser un système clos de drainage des urines.
- Parmi celles n'utilisant pas de système clos, 100% (N=39) déclarent recueillir les urines dans un bassin et 10,26% (N=4) déclarent aussi les recueillir directement dans un sac à déchets.

➤ La gestion des déchets :

- 97,56% (N=40) déclarent évacuer les urines dans les toilettes ou les laves-bassins et 14,63% (N=6) sont aussi amenées à les jeter dans les sacs destinés aux DASRI.
- 87,8% (N=36) évacuent les autres déchets dans la filière des DASRI. Les 12,2% restant les évacuent dans les sacs destinés aux déchets standards.
- Au total, 73,17% (N=30) respectent toutes les recommandations concernant la gestion des déchets.

DISCUSSION

I-Limites de l'étude

L'audit clinique peut se faire selon trois méthodes : l'observation directe du geste, l'interview et le questionnaire. Pour notre étude, le questionnaire semblait la méthode la plus adaptée. En effet, l'interview aurait nécessité une formation pour mener des entretiens semi-directifs, et une période d'étude plus longue. L'observation, qui est la méthode de référence, n'a pas été choisie en raison de mon statut d'étudiant qui ne me permet pas d'évaluer par l'observation les pratiques des sages-femmes.

Cependant il existe des limites à l'utilisation des questionnaires :

Il s'agit d'une auto-évaluation des soignants, celui-ci est donc uniquement déclaratif. De plus, rien ne garantit qu'aucune aide n'ait été utilisée pour répondre aux questions puisque aucune surveillance ni aucun temps limité n'a été imposé pour répondre aux questions. Il se peut que les réponses ne soient alors pas le reflet de la réalité.

Nous avons limité ce biais en préservant l'anonymat et en insistant sur l'intérêt de l'étude.

En utilisant des questionnaires, le taux de réponse est souvent faible et il peut exister un biais de sélection si la non-participation est par exemple liée à une mauvaise pratique du soin.

Nous avons limité ce biais en distribuant les questionnaires sous enveloppes nominatives et en mettant à disposition dans les offices une enveloppe destinée à recueillir les questionnaires remplis afin de faciliter leur retour. Nous avons aussi relancé les sages-femmes par courriel un mois après la distribution des questionnaires.

II-Analyse des données

Population

Quarante et un questionnaires sur 58 ont été analysés. Le taux de non participation s'élève donc à environ 30% et nous a interrogé : vient-il d'un manque d'intérêt porté à l'étude ? D'un manque de temps ?

L'échantillon reste cependant suffisant pour que les résultats soient représentatifs de la pratique du SVE au sein de la maternité de l'HCE de Grenoble (Plus de 30 cas).

60% des sages-femmes exercent depuis plus de cinq ans leur profession et la majorité a exercé en salle d'accouchement durant les trois mois précédant l'étude. Nous avons donc bien ciblé la population réalisant les SVE.

Le nombre d'années d'exercice des sages-femmes montre l'importance du développement professionnel continu : l'obligation pour la sage-femme « d'entretenir et de perfectionner ses connaissances » (art R.4127-304 du code de la santé publique) puisque les recommandations évoluent. Le SVE en est un bon exemple.

La gestion documentaire au sein d'un établissement est essentielle pour promouvoir la qualité des soins. Au CHU de Grenoble, il existe un système informatisé (« Vdoc »), qui permet un accès et une réactualisation facile des fiches techniques. Il est d'ailleurs étonnant de pouvoir encore consulter une fiche technique obsolète de 2005 portant sur le SVE.

Nos résultats montrent que les sages-femmes sont peu nombreuses à connaître cet accès informatique (48,28%).

Pratiques d'hygiène

➤ La tenue :

3/4 des sages-femmes ne protègent pas leur tenue lors du SVE. Ainsi elles ne paraissent pas bien peser le risque de contamination auquel elles s'exposent, ni le risque de transmission croisée auquel elles exposent les autres patientes.

3/4 portent une protection supplémentaire et il s'agit surtout du masque. Ce résultat est plus satisfaisant. Nous pensons que les sages-femmes se protègent plus dans le but de protéger la patiente (contamination par la salive) que dans le but de se protéger elle-même (projection d'urines). D'ailleurs, une minorité seulement a recours à une protection oculaire (lunettes de protection ou masque à visière). Notre questionnaire ne mentionnait pas la possibilité de porter des lunettes correctrices et il se peut que certaines sages-femmes estiment que leurs lunettes constituent une protection oculaire suffisante ne nécessitant pas une protection supplémentaire.

De tels résultats nous interrogent : les mesures de protection préconisées sont-elles trop contraignantes? (mise à distance entre le soignant et la patiente, manque de temps...)

➤ L'hygiène des mains :

Le guide de la SFHH, de l'OMS, et les recommandations Nord-Américaines de 2002 reprennent ce même message : « [...] l'hygiène des mains est considérée comme la plus importante des mesures de prévention de la transmission des infections [...] l'amélioration de cette pratique se révèle être une tâche difficile et complexe [...] » [8] [14].

Dans notre étude, toutes les sages-femmes ont le réflexe de pratiquer une hygiène des mains : toutes réalisent une hygiène des mains avant l'antisepsie vulvo-périnéale, 95,12% après celle-ci, 95% juste avant le SVE, et 95,12% après le SVE. L'intention est donc excellente.

En revanche, la technique requise n'est pas acquise par toutes les sages-femmes. En effet, elles sont nombreuses à pratiquer encore un lavage simple des mains notamment avant l'antisepsie vulvo-périnéale (39,02%) et après le SVE (56,10%) alors qu'une désinfection simple est requise dans la majorité des cas.

Il est clairement démontré qu'en situation de soins, les mains restent contaminées par une flore transitoire après lavage simple des mains au savon doux. Ce n'est pas le cas si les mains ont été traitées par une solution hydro-alcoolique et il est par conséquent

fortement recommandé d'effectuer une friction au GHA en remplacement du lavage des mains en l'absence de souillure visible des mains. Dans ce dernier cas, la friction au GHA est précédée du lavage simple des mains d'au moins 10 minutes pour éviter l'intolérance cutanée [8].

Concernant les sept étapes de friction (au GHA) et de savonnage (au savon doux), nous avons rencontré une difficulté liée à l'incompréhension de cette question.

Mais cette incompréhension ne met-elle pas justement en évidence la méconnaissance de ces sept étapes, indispensables à une bonne hygiène des mains ? En revanche, parmi les sages-femmes qui connaissent ces recommandations, le respect de ces sept étapes est plutôt satisfaisant puisque la majorité des sages-femmes les respectent toujours ou souvent.

Concernant la durée du savonnage, 80,49% des sages-femmes respectent les 15 secondes. Cela paraît satisfaisant mais est-ce vraiment la réalité ? Dans notre question, il était facile de confondre la durée du savonnage avec la durée du lavage des mains comprenant savonnage, rinçage et séchage.

Seulement 19,51% respectent les 30 secondes de friction au GHA. Ceci est très insuffisant.

Il paraît tout de même difficile d'estimer sa durée de savonnage et de friction ; il serait alors intéressant de réaliser un audit par observation directe pour avoir des résultats objectifs et fiables (« very quick audit »). Le site du GREPHH a d'ailleurs mis en ligne l'ensemble du dossier pour la réalisation d'un audit sur l'hygiène des mains [15]. On le retrouve aussi sur le site du CCLIN Sud-Est.

Pourquoi une si faible observance de l'hygiène des mains?

La SFHH, dans ses recommandations de 2009, liste un certain nombre de facteurs de risque, évoqués par les soignants, pouvant entraîner un respect insuffisant des règles d'hygiène tels que la mauvaise tolérance cutanée des produits, le manque de temps, le port de gants ou la croyance que celui-ci dispense de la nécessité de l'hygiène des mains, l'oubli, le scepticisme par rapport à l'efficacité de l'hygiène des mains, le désaccord avec les recommandations et le manque d'information scientifique démontrant le lien entre l'amélioration de l'hygiène des mains et la réduction des infections liées aux soins.[8]

C'est ainsi que les instances nationales (OMS, SFHH), interrégionales (CCLIN), les CLIN et EOH au sein des établissements de santé, ont recommandé et mis en place des stratégies d'implantation, en particulier depuis 2002, pour améliorer l'observance de l'hygiène des mains : éducation du personnel soignant, ergonomie optimale pour l'hygiène des mains (lavabos en nombre suffisant, produits bien tolérés dermatologiquement, promotion des produits hydro-alcooliques,...), « aide-mémoire », évaluation des pratiques...etc.

Nos résultats montrent qu'il est nécessaire de préserver et d'encourager l'effort collectif dans cette voie et un audit sur l'hygiène des mains aurait grandement sa place à l'HCE de Grenoble.

➤ L'antisepsie vulvo-périnéale :

Pratiquement toutes les sages-femmes (95,12%) connaissent les recommandations concernant l'antisepsie en quatre temps avant le SVE. Mais en pratique, même **hors situation d'urgence**, seulement 58,54% réalisent toujours cette antisepsie en quatre temps. Pourtant, celle-ci est une mesure dont l'efficacité a été formellement établie (niveau de recommandation 1) [7], la valeur attendue était donc proche de 100%.

La majorité restante réalise une antisepsie seule du méat urinaire (un seul temps) : ceci témoigne-t-il d'un manque de temps, d'un scepticisme par rapport à l'intérêt des quatre temps ?

Le problème ne vient donc pas d'un manque de connaissance mais d'un manque de rigueur. L'intérêt serait alors de sensibiliser davantage à l'antisepsie en quatre temps en prévention du risque infectieux urinaire nosocomial.

86,11% des sages-femmes respectent les recommandations concernant les produits utilisés lors de l'antisepsie vulvo-périnéale. La négligence des 13,89% reflète un manque d'information ou d'intérêt car les produits sont bien à disposition des soignants.

Concernant l'utilisation de matériel et de produits stériles :

20% des sages-femmes ont recours à un rinçage stérile et 26,83% à un séchage stérile. De toute évidence, un manque de cohésion apparaît.

En revanche, toutes réalisent le dernier temps (l'antisepsie) de façon stérile.

Nous constatons au niveau des recommandations de la SFHH [7] un manque de clarté quant à la description du soin : dans « l'antisepsie vulvo-périnéale en quatre temps » qui est différenciée de la « toilette vulvo-périnéale simple », il n'est pas précisé que le rinçage et le séchage doivent être stériles.

Les 100 recommandations du CTINILS [1] sont, de même, peu précises: « les techniques aseptiques de sondage vésical font l'objet d'une fiche technique adaptée et révisée périodiquement par le CLIN. Elle précise entre autres : [...] les modalités de préparation de la zone génito-urinaire avant la pose, [...] ».

Ce manque de transparence des instances nationales associé à l'absence de fiche technique récente sur le SVE au CHU de Grenoble, pourrait bien être à l'origine d'une telle disparité dans la pratique de ce soin.

Ce manque de clarté se ressent également dans le type de gants portés lors de l'antisepsie vulvo-périnéale : 31,71% utilisent des gants stériles. Est-ce un problème de compréhension de la question (confusion entre l'antisepsie et le sondage) ou est-ce réellement la réalité ?

Il est à noter que la fiche technique du sondage vésical continu réalisée par le CLIN du CHU de Grenoble en 2010, précise pour l'antisepsie vulvo-périnéale : le port de gants non stériles et l'usage de matériel stérile pour les temps 1 et 3 [13].

Serait-il logique de suivre la même procédure pour le SVE au sein du CHU de Grenoble ?

En aparté de l'importance du soin et de la cohésion des pratiques, le facteur économique est à prendre en compte ; d'où la nécessité de clarifier et d'unifier les recommandations des instances concernées.

➤ Le sondage vésical évacuateur :

95,12% des sages-femmes portent des gants stériles lors du soin. Même si ce résultat est plutôt satisfaisant, le port de gants stériles étant un niveau de recommandation 1, nous attendions une valeur de 100%.

95,12% n'utilisent pas de système clos de drainage des urines. Ainsi, elles déclarent recueillir les urines directement dans un bassin et/ou dans un sac à déchets (lors de l'accouchement).

Dans l'environnement aseptique vers lequel on doit tendre lors du SVE, ces pratiques ne sont pas en adéquation.

Il existe deux types de matériel pour le drainage clos des urines :

- Le sac collecteur stérile à adapter à la sonde :

Ces sacs collecteurs, pourtant disponibles au sein de la maternité (puisque'il s'agit du même matériel utilisé pour le sondage vésical continu) ne sont pas utilisés. En pratique, les sages-femmes ne peuvent décider seules puisque'il faut aussi pouvoir assurer l'approvisionnement du matériel : le facteur économique est à prendre en compte d'autant plus que cette recommandation est de niveau 3 (mesures préventives logiques, cohérentes avec les connaissances sur les facteurs de risque mais dont l'efficacité n'a pas été confirmée).

Les 4,88% autres sages-femmes adaptent-elles un sac collecteur à leur sonde ou ont-elles répondu en faisant confusion avec le sondage vésical continu ? La première solution serait peut-être alors les prémices d'une amélioration de la pratique...

-Le kit de sondage évacuateur clos :

Son utilisation relève d'une décision institutionnelle puisque'elle est fonction du matériel mis à disposition des soignants. C'est dans cet objectif qu'une étudiante en pharmacie a mené en parallèle à notre audit, une étude en salle d'accouchement à l'HCE de Grenoble, en collaboration avec un laboratoire. L'étude portait sur l'intérêt médico-économique de l'utilisation d'un kit de sondage évacuateur clos, dans le but d'un éventuel référencement du dispositif au niveau de la pharmacie de l'établissement.

Plusieurs intérêts au kit sont mis en avant :

- Moins de manipulations, donc moins de fautes d'asepsie et gain de temps.
- La sonde pré-lubrifiée rend le sondage moins traumatique pour les muqueuses ; celles-ci étant moins fragilisées, le risque d'IU est moins important [4].
- L'intérêt d'une meilleure déclivité par rapport à une sonde urinaire classique rend la vidange vésicale meilleure. Ainsi sont limités les résidus post-mictionnels et les sondages itératifs qui favorisent les IU.

➤ La gestion des déchets :

De même que pour le matériel utilisé, la gestion des déchets relève d'une décision institutionnelle. D'ailleurs nous avons constaté qu'au sein de l'UME, il n'était pas mis à disposition du personnel des sacs destinés aux DASRI (sacs jaunes). Ceci explique en partie que 12,19% des sages-femmes évacuent les déchets (hors urines) dans les sacs destinés aux déchets standards.

Pourtant le décret n°97-1048 du 06/06/1997 du code de la santé publique relatif à l'élimination des déchets d'activités de soins à risque infectieux et de façon plus précise le décret n°2002-540 du 18/04/2002 relatif à la classification des déchets, imposent une filière d'élimination spécifique aux DASRI afin de protéger le personnel de collecte et de traitement de tous risques accidentels et sanitaires. Le matériel utilisé pour le SVE fait partie de ces DASRI.

III- Plan d'amélioration

Diffusion des résultats

L'auto-évaluation a été une première étape à l'amélioration de la pratique. Cet audit a permis aux sages-femmes d'être confrontées seules à leur propre pratique et de ce fait, d'y apposer une critique, un jugement espéré constructif.

Il est indispensable de restituer à l'ensemble de l'équipe les résultats afin qu'elle ait un retour global de sa pratique et puisse cibler les axes d'amélioration dans un souci de sécurité et de qualité du soin.

Proposition d'une nouvelle fiche technique

La fiche technique portant sur le SVE n'étant pas à jour au sein de l'établissement et compte tenu de l'existence de nouvelles recommandations de bonnes pratiques à ce sujet, nous proposons une nouvelle fiche technique, présentée en annexe 5.

Son intérêt est de diffuser les nouvelles recommandations et de ré-uniformiser les pratiques au sein de la maternité et plus largement au sein du CHU de Grenoble.

Implication des professionnels

➤ Implication des sages-femmes de terrain :

L'implication des sages-femmes est indispensable à l'amélioration de la pratique.

Le taux de participation à notre étude est encourageant (70,7%) et l'intérêt qu'elles avaient exprimé à propos de la diffusion future des résultats laisse penser qu'il existe un possible changement des pratiques. Certes, pour la nature humaine le changement est difficile mais le souci d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins fait partie de notre responsabilité professionnelle.

➤ Implication des cadres :

Elle est nécessaire puisqu'elle a un impact direct sur la pratique des sages-femmes de terrain. De plus, le choix du matériel est en partie de leur ressort et la délivrance du matériel au sein des services est plurifactorielle : intérêt médical, coût économique, appels d'offre, facilité d'utilisation, impact écologique...etc.

Une procédure de soin doit tenir compte du matériel mis à disposition des soignants ; ainsi, l'actualisation de la fiche technique portant sur le SVE doit se faire en collaboration avec les cadres des différents secteurs de la maternité.

➤ Implication du CLIN de l'établissement :

Son implication est indispensable pour un véritable changement collectif puisqu'il s'agit de l'instance de référence de l'établissement en matière d'hygiène. Seul le CLIN peut valider la nouvelle fiche technique et autoriser sa diffusion.

Malheureusement, le CLIN n'a pas manifesté d'intérêt pour notre étude, très probablement préoccupé par d'autres priorités au sein du CHU.

La communication des résultats de notre audit semble tout de même la meilleure solution pour espérer un regain d'intérêt de sa part et pour, de ce fait, garantir l'impact attendu de notre étude au niveau de l'établissement.

IV- Perspectives

Le nombre de SVE étant directement en lien avec le taux d'infections urinaires nosocomiales, il serait intéressant, parallèlement à l'amélioration des pratiques d'hygiène, de travailler sur une diminution du nombre de SVE en maternité.

Pour cela, la prise en compte du nombre de SVE est nécessaire. Or, en maternité il est clairement sous estimé du fait d'une traçabilité non exhaustive comme nous l'avons vu dans notre étude préalable, mais aussi parce qu'il est incomplètement étudié comme c'est le cas de l'étude du CCLIN Sud-Est en 2009 qui n'avait pris en compte que les SVE réalisés pendant le travail chez les patientes ayant accouché par voie basse [3].

En obstétrique, une des pistes d'amélioration et de diminution des SVE passe sans doute par un développement des techniques d'analgésie locorégionale qui recherchent la disparition du bloc moteur, favorisant ainsi la déambulation et indirectement une meilleure aptitude à la miction [16].

Ainsi, la collaboration des anesthésistes avec les sages-femmes constitue une piste d'amélioration supplémentaire concernant le risque infectieux urinaire nosocomial en maternité.

CONCLUSION

Le sondage vésical évacuateur est une pratique courante en maternité, exposant la patiente à un risque infectieux urinaire. Le taux d'infections urinaires nosocomiales étant difficile à déterminer en maternité, il était important d'évaluer la qualité du sondage réalisé par les soignants.

Cet audit avait pour but de mesurer les écarts entre la pratique des sages-femmes et les recommandations actuelles afin de dégager les axes d'amélioration. Nous avons ainsi mis en évidence les points faibles qui concernent : la protection de la tenue (3/4 ne la protègent pas), l'hygiène des mains (Alors que l'intention est excellente, la technique n'est pas acquise pour toutes), l'antisepsie vulvo-périnéale (Hors urgence, plus de 40% ne réalisent pas systématiquement l'antisepsie en quatre temps et 14% n'utilisent pas toujours les bons produits), le drainage clos des urines (95% n'utilisent pas de système clos) et la gestion des déchets (27% n'évacuent pas systématiquement les déchets dans la filière adaptée).

Le sondage vésical évacuateur n'est pas un geste anodin et il est du devoir de la sage-femme, comme tout autre professionnel de santé, de se tenir informé des dernières recommandations pour assurer la qualité et la sécurité du soin.

Pour faciliter la diffusion de ces recommandations, nous avons proposé une nouvelle fiche technique sur le sondage vésical évacuateur. Pour que celle-ci ait l'impact espéré, il est nécessaire d'obtenir l'implication, la collaboration et d'aboutir à un consensus entre les sages-femmes, les cadres et le CLIN.

L'amélioration des pratiques d'hygiène associée à une diminution du nombre de sondage vésicaux évacuateurs pourrait sans doute abaisser le taux d'infections urinaires nosocomiales en maternité dont l'objectif est de préserver le confort et la santé des patientes et de prendre en compte l'économie sanitaire.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Comité Technique National des Infections Nosocomiales. 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales. Deuxième édition. 1999. 106 pages.

[2] CCLIN Sud-est. Infection Urinaire. Janvier 2009.
Disponible sur <http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/reseaux/mater/mater.htm>

[3] CCLIN Sud-est. Rapport annuel du réseau de surveillance des infections nosocomiales en maternité. Mater sud-est 2009. Juin 2010.
Disponible sur <http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/reseaux/mater/mater.htm>

[4] SPILF, AFU. Infections urinaires nosocomiales de l'adulte. Conférence de consensus. Novembre 2002. 45 pages.

[5] Milcent S, Berlizot P, Palascak R, et al. Intérêt et justification de la bandelette urinaire dans le diagnostique des infections urinaires post opératoire en urologie. Progrès en urologie 2003 ; 13 : 234-237.

[6] Mombet A, Letournel C, Glomaud, et al. Intérêt de la bandelette urinaire dans le dépistage de l'infection urinaire post-opératoire dans un département d'urologie. Progrès en Urologie 1995 ; 5 : 39-40.

[7] SFHH. Guide pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales en maternité. Version Juin 2009. 111 pages.
Disponible sur <http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/reseaux/mater/mater.htm>

[8] SFHH. Recommandations pour l'hygiène des mains. Hygiènes 2009 ; XVII (3) : 141-240.

[9] CCLIN Sud-est. Les tenues professionnelles dans les établissements de santé. Mars 2008. 64 pages.

Disponible sur <http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/reseaux/mater/mater.htm>

[10] Utilisation des antiseptiques. CLIN-PRO-016. Avril 2009. Version 5. 10 pages.

Accessible sur le site intranet « vdoc » du CHU de Grenoble.

[11] Hygiène des mains. CLIN-PRO-13. Décembre 2009. Version 5. 6 pages.

Accessible sur le site intranet « vdoc » du CHU de Grenoble.

[12] Les gants en unités de soins : Choix et recommandations pratiques. CLIN-PRO-004. Février 2006. Version 2. 2 pages.

Accessible sur le site intranet « vdoc » du CHU de Grenoble.

[13] Le drainage urinaire clos : Pose de la sonde urinaire. CLIN-PRO-093. Avril 2006. Version 1. 3 pages.

Accessible sur le site intranet « vdoc » du CHU de Grenoble.

[14] Ministère de la santé et des sports. Campagne nationale « mission mains propre ». 3^{ème} édition. 5 mai 2010. 13 pages.

[15] www.grephh.fr/telechargement/mains_guidemethodologique.pdf

[16] De la Dorie A, Mercier F. Les nouveaux défis de l'analgésie obstétricale. 25^e MAPAR ; 1 juin 2007, Paris, France.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Etude préalable sur le nombre de SVE dont bénéficient les parturientes
au CHU de Grenoble

ANNEXE 2 : Etude menée par le CCLIN Sud-Est sur l'année 2009

ANNEXE 3 : Fiche technique du CLIN du CHU de Grenoble sur le SVE

ANNEXE 4 : Questionnaire

ANNEXE 5 : Exemple de fiche technique actualisée sur le SVE

ANNEXE 1

Etude préalable sur le nombre de SVE dont bénéficient les parturientes au CHU de Grenoble

MATERIEL ET METHODES

Etude : Etude descriptive prospective et rétrospective, dont le but est de déterminer le nombre de SVE réalisés chez les parturientes.

Population : Ont été incluses les patientes qui ont accouché à l'HCE du CHU de Grenoble au mois d'octobre 2010. Ont été exclues les interruptions thérapeutiques de grossesse (ITG), les morts fœtales *in utero* (MFIU) et les césariennes programmées.

Recueil des données : Un problème essentiel lié à la mauvaise traçabilité des SVE réalisé en post-partum immédiat, dans le dossier médical obstétrical informatisé, nous a contraints à les déterminer de manière prospective.

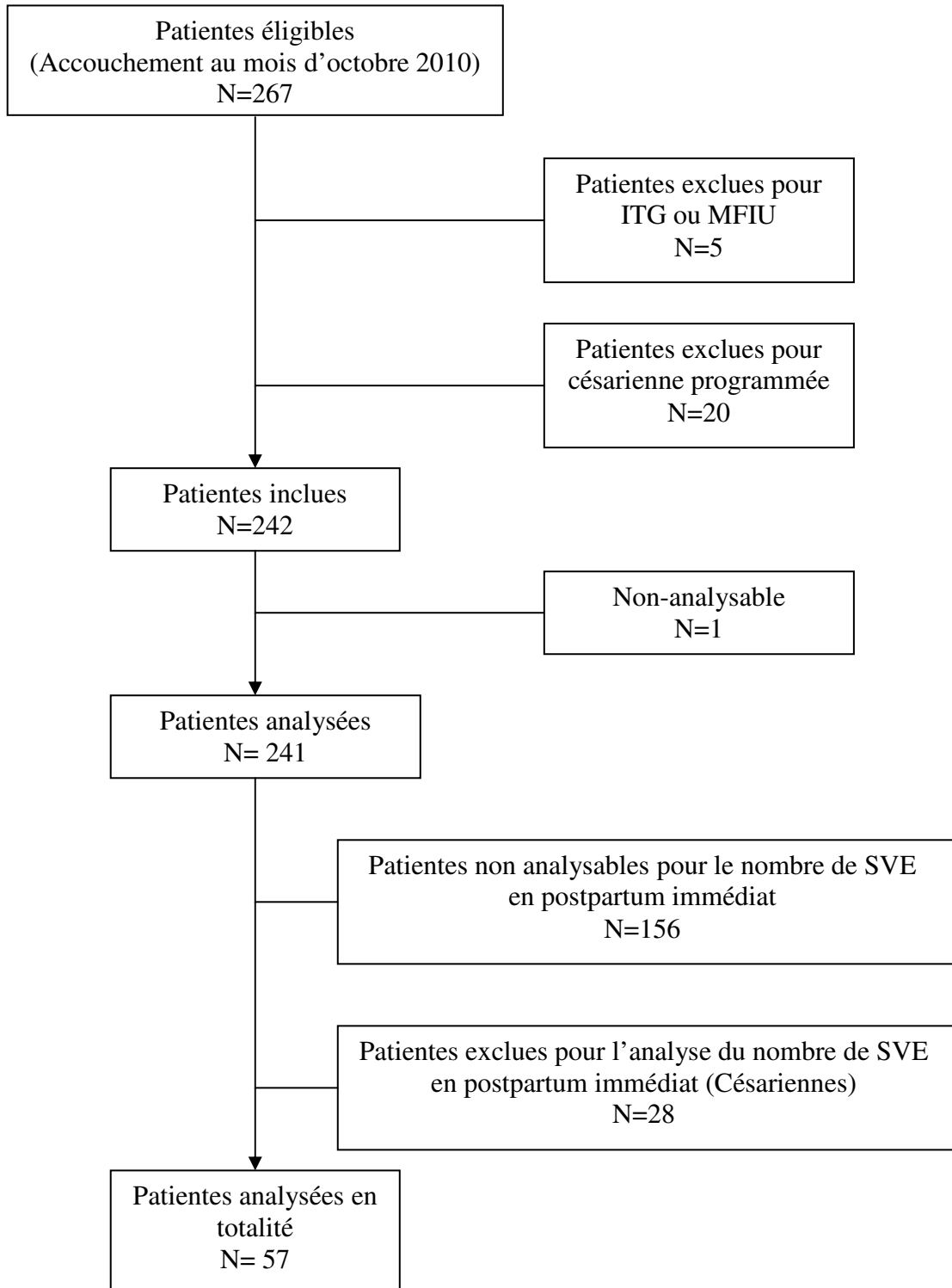
Nous avons donc recueilli pour chaque patiente, le nombre de SVE dont elle avait bénéficié au cours du travail et en post-partum immédiat.

Seulement 59 feuilles de recueil ont été remplies, nous avons donc recueilli les autres données de manière rétrospective, par le biais du dossier médical informatisé.

Nous avons aussi étudié, pour toutes les patientes, si elles avaient bénéficié d'un sondage vésical continu pour ne pas biaiser le nombre de patientes n'ayant bénéficié d'aucun sondage vésical. L'issue d'accouchement a été étudiée, les patientes césarisées ne bénéficiant pas de SVE en période postopératoire.

RESULTATS

Diagramme d'inclusion

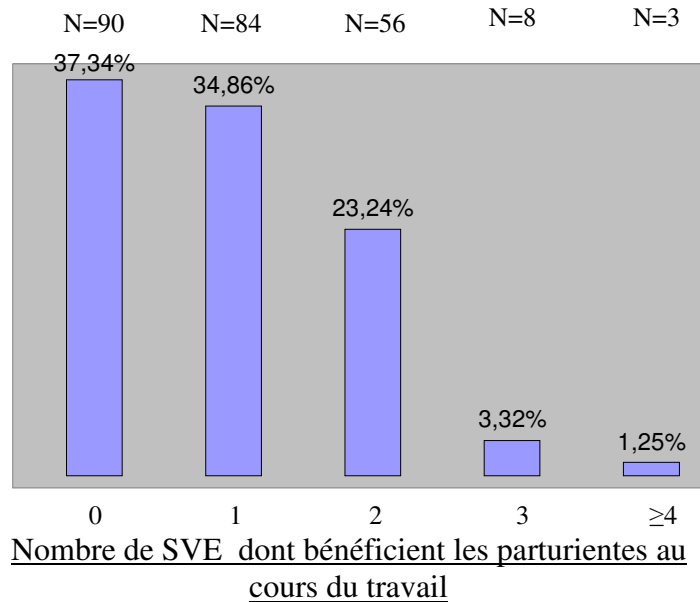


Nombre de SVE dont bénéficient les parturientes

➤ Pendant le travail

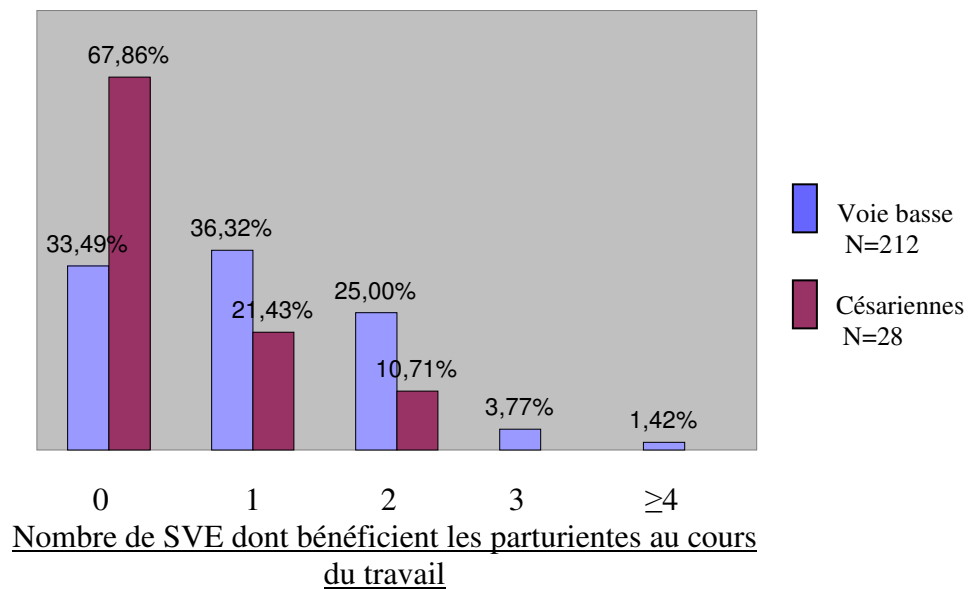
- Toutes patientes confondues (N=241) :

Figure 1



- Selon l'issue d'accouchement (N=240, 1 non renseignée):

Figure 2

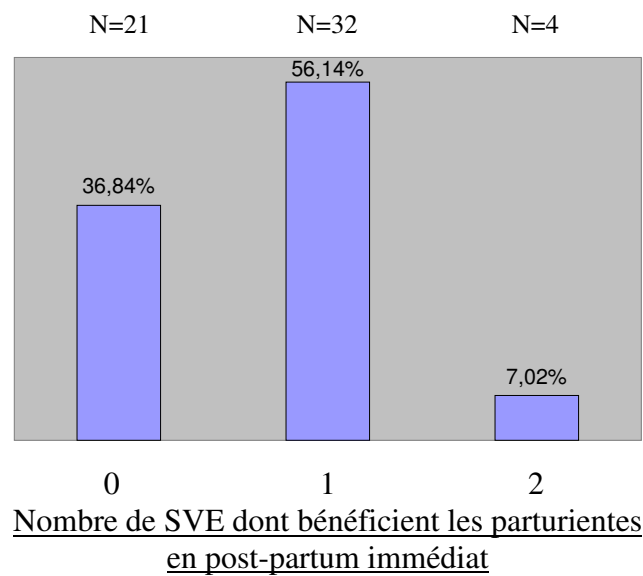


- Parmi les patientes n'ayant bénéficiée d'aucun SVE, 33,33% (N=30) ont bénéficié d'un sondage vésical continu en cours de travail.
24,90% (N=60) des patientes n'ont donc bénéficié d'aucun sondage vésical.

➤ En post-partum immédiat

- Parmi les 57 patientes analysables :

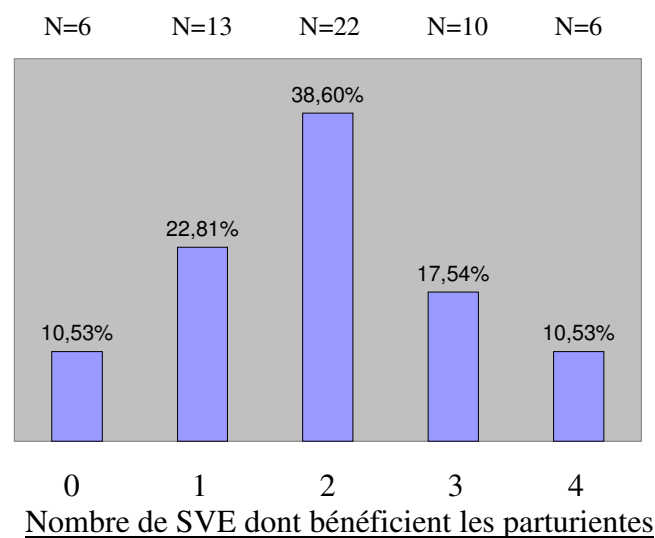
Figure 3



➤ Pendant le travail et en post-partum immédiat

- Parmi les 57 mêmes patientes :

Figure 4



ANNEXE 2

Etude menée par le CCLIN Sud-Est sur l'année 2009

Synthèse des résultats 2009

- 69 maternités ont surveillé au moins un quadrimestre dans le cadre du réseau Mater au cours de l'année 2009.
- 54661 accouchements ont été pris en compte dans cette surveillance :
 - 79,7% (43 590) des accouchements étaient des accouchements par voie basse,
 - 20,3% (11 071) des accouchements étaient des accouchements par césarienne.
- Caractéristiques de la population :
 - Age moyen : 30,2 ans (min 13 ans - max 52 ans),
 - Parité moyenne : 1,83 enfants (min 1 – max 12).
- Durée de séjour post-accouchement 4,0 jours pour les accouchées par voie basse (min 0 – max 55) et 5,7 jours pour les accouchées par césarienne (min 0 jour – max 30 jours).
- Age gestationnel moyen 39,2 semaines d'aménorrhée (min 22 – max 45) chez les accouchées par voie basse et 38,6 semaines d'aménorrhée (min 22 – max 42) chez les accouchées par césarienne.

Avertissement : Les taux fournis ci-dessous sont calculés après exclusion des valeurs manquantes ce qui peut expliquer que l'on ne retrouve pas forcément les taux en divisant l'effectif donné pour un facteur de risque, un facteur protecteur ou un type d'infection par le nombre total d'accouchées.

Description des conditions d'accouchement

Fréquence des facteurs de risque et facteurs protecteurs établis par la littérature chez les accouchées par voie basse et par césarienne (effectifs)

Infections urinaires pendant la grossesse	6,4% (3 318)
Infections urinaires à l'entrée (documentées par ECBU)	1,7% (892)
Hyperthermies du travail	2,0% (1 095)
Ruptures prématurées des membranes $\geq 12h$	4,0% (2 162)
Pertes de sang > 800ml	3,0% (1 590)

Fréquence des facteurs de risque et facteurs protecteurs établis par la littérature chez les accouchées par voie basse (effectifs)

Péridurales, rachianesthésies	74,3% (32 371)
Délivrances artificielles/révisions utérine	11,1% (4 852)
Manœuvres extractives instrumentales	14,0% (6 114)
Touchers vaginaux > 5 après rupture des membranes	30,8% (13 435)
Déclenchements	19,5% (8 496)
Antibioprophylaxies	26,6% (11 591)
Nombre de sondages évacuateurs :	
Aucun sondage évacuateur	32,5% (14 147)
1 sondage évacuateur	50,1% (21 835)
2 sondages évacuateurs	13,4% (5 834)
3 sondages évacuateurs	2,0% (869)
4 sondages évacuateurs et plus	0,2% (83)
Episiotomies	63,1% (27 512)

ANNEXE 3

Fiche technique du CLIN du CHU de Grenoble sur le sondage vésical évacuateur

C.H.U. de Grenoble	CLIN-PRO-080-1	Pages : 1/6
Sondage urinaire intermittent : hétéro et auto-sondage		
Rédaction : S. Reboux, P. Gontier Groupe de relecteurs Juillet 2005	Vérification : Dr Mallaret - Hygiène Hospitalière Mme Gavignet - Cadre supérieur, CMC Dr Boillot, Chirurgien - Urologie Dr De Angelis, médecin rééducateur, CMC	Approbation du CLIN J. Croizé, Président Date : 20.09.2005

I• Objet

Le sondage intermittent consiste à introduire **ponctuellement** une sonde par l'urètre dans la vessie afin d'en vider le contenu. Ce geste est réalisé **par un professionnel de santé (hétéro-sondage) ou par le patient (auto-sondage)**.

Cette procédure décrit les bonnes pratiques d'hygiène à respecter au cours de l'hétéro-sondage qu'il soit mis en œuvre de manière isolée (rétention urinaire ponctuelle) ou itérative (rétention urinaire chronique). L'hétéro-sondage est également abordé comme étant la première étape de l'éducation à l'auto-sondage. L'hétéro-sondage isolé pour prélèvement d'urine est décrit dans la procédure **CLIN.49-1** et nécessite des précautions d'hygiène spécifiques.

II• Objectif

Limitier les risques de contamination vésicale et environnementale par une technique adaptée.

III• Domaine d'application

Toutes les unités de soins, de consultation, et particulièrement les services de médecine physique et de réadaptation.

IV• Documents associés

- Hygiène des mains - **CLIN-PRO-13**
- Le drainage urinaire clos - **CLIN-PRO-19**
- Prélèvement en vue d'un ECBU - **CLIN-49**
- Utilisation des antiseptiques - **CLIN-PRO-016**
- Entretien des sondes d'échographie utilisées sur peau saine - **CLIN-PRO-033**

V• Références bibliographiques

- Conférence consensus "Infections urinaires nosocomiales de l'adultes" - novembre 2002
- Guide "Hygiène en urologie" - C. CLIN Ouest - Version 2004
- Décret de compétence n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

VI• Destinataires

IDE, Médecins, cadres de santé, IFSI, DSSI.

VII• Groupe de relecture

P. Gontier (IDE hygiéniste CMC) ; Mme Julian (cadre de santé CMC) ; Mme Reutenauer, Mme Cavagna (IDE CMC) ; Mme Thorres, Mme Fatoretto (IDE 14^{ème} D).

VIII• Annexes

- 2 fiches d'information sur l'apprentissage à l'auto-sondage pour les patients (homme et femme).

C.H.U. de Grenoble	CLIN-PRO-080-1	Pages : 2/6
Sondage urinaire intermittent : hétéro et auto-sondage		

IX • Hétéro-sondage isolé ou itératif

Hétéro-sondage = geste pratiqué par un **soignant**
dans le cadre d'une rétention urinaire aiguë ou chronique

Attention : le 1^{er} sondage vésical chez l'homme en cas de rétention est un geste médical

Préparation du matériel sur un guéridon propre avec des mains propres :

- 1 sonde urinaire droite, béquillée ou on, sans ballonnet, stérile à usage unique + 1 en cas d'échec au 1^{er} sondage
- 1 sac collecteur vidangeable, stérile ou non, si type de sonde non préalablement équipée d'un sac
- 1 bocal à urines si besoin
- 1 paquet de compresses stériles
- 1 flacon de solution de Dakin stabilisé
- 1 protection de lit
- 1 flacon de solution hydro-alcoolique
- 1 paire de gants non stérile à usage unique + tablier plastique à usage unique
- 1 petit sac poubelle

Mode opératoire :

Avant :

- Mettre le tablier plastique
- Patient confortablement installé en décubitus dorsal, protection de lit
- **Réaliser une friction des mains avec le gel hydro-alcoolique**
- Déposer l'antiseptique sur des compresses stériles
- Adapter le sac collecteur à la sonde en la laissant dans son sachet

Pendant :

- **Mettre les gants à usage unique non stériles**
- **Réaliser l'antisepsie du méat urinaire** (de haut en bas chez la femme)
- Bien repérer l'orifice urétral
- Lubrifier la sonde si nécessaire (Xylocaïne gel stérile monodose ou eau stérile) et l'introduire dans l'urètre
- Laisser l'urine s'écouler tout en maintenant la sonde
- Il n'est pas nécessaire de clamper la sonde par intermittence, même si le volume mictionnel est important
- Retirer la sonde en fin de miction

Après :

- Lecture éventuelle de la diurèse selon les graduations du sac
- Vidanger le sac dans les WC
- Placer l'ensemble sonde-sac dans le petit sac poubelle
- Retirer les gants à usage unique
- Réinstaller le patient
- Friction des mains avec la solution hydroalcoolique
- Nettoyage- désinfection du guéridon et élimination du petit sac poubelle dans la filière DASRI
- Noter le soin

C.H.U. de Grenoble	CLIN-PRO-080-1	Pages : 4/6
Sondage urinaire intermittent : hétéro et auto-sondage		

- Manipuler la sonde avec des compresses stériles ou à l'aide du sachet si le matériel est préadapté
- Pour le soignant : gants à usage unique (expliquer au patient qu'il n'en a pas besoin)
- Pour les femmes : repérage du méat urinaire (aide du miroir), varier progressivement les positions en fonction du patient (couché, assis, au fauteuil, debout)
- Introduction délicate de la sonde dans l'urètre
- Laisser la vessie se vider complètement, compléter éventuellement par une pression manuelle au-dessus du pubis pour finir de bien vider la vessie
- Enlever la sonde
- Evacuation du matériel : plusieurs situations en fonction du type de sonde
 - La sonde est solidaire d'un sac non vidangeable : obstruer le sac collecteur à l'aide d'un nœud, placer l'ensemble dans le petit sac poubelle puis évacuation filière DASRI (filiale déchets domestiques à domicile)
 - La sonde est utilisée avec un sac vidangeable : vidanger les urines dans les WC de la chambre, placer l'ensemble dans le petit sac poubelle puis évacuation filière DASRI (filiale déchets domestiques **non recyclables** à domicile)
- Hygiène des mains

SPECIMEN

Ne pas hésiter à utiliser avec le patient, les fiches d'information en annexe de cette procédure

ANNEXE 4

Questionnaire

AUDIT SUR LES PRATIQUES D'HYGIENE LORS DU SONDAGE URINAIRE EVACUATEUR

Mesdames, Messieurs les Sages femmes,

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude portant sur le sondage urinaire évacuateur, je souhaiterais réaliser un audit sur les pratiques d'hygiène auprès des sages-femmes exerçant à l'Hôpital Couple-Enfant de Grenoble.

L'objectif de cette étude est de déterminer l'observance des bonnes pratiques d'hygiène lors du sondage urinaire évacuateur.

L'enquête se base sur un questionnaire qui a été élaboré avec l'aide de Mme VASSORT Nadine, sage femme enseignante guidant mon mémoire, et de Mme MARTINEZ Valérie, sage femme dirigeant mon mémoire.

Il s'agit d'une auto-évaluation de votre pratique, il est donc indispensable, pour la validité de cette étude, de répondre de manière honnête et objective. Les données seront traitées de manière confidentielle et anonyme. Vous trouverez ci-joint ledit questionnaire.

Votre participation à cette enquête est essentielle pour la réalisation de mon mémoire, je compte donc sur vous pour m'accorder un peu de votre temps.

Vos réponses sont attendues avant le 15 octobre 2010. Les questionnaires sont à déposer dans les enveloppes prévues à cet effet présentes dans votre office.

En vous remerciant par avance pour votre participation à cette étude,

Très cordialement,

Melle GUICHARD Clotilde,
Etudiante sage femme 4^{ème} année (Master 2).

1-Le soignant :

-Nombre d'année d'exercice de la profession de sage-femme :

- ≤ 5 ans >5 ans

-Lieux d'exercice le plus fréquent depuis ces 3 derniers mois :

- Bloc obstétrical
 Unité Mère enfant
 Grossesses à Haut Risque
 Consultations

Lors des sondages urinaires évacuateurs, hors situations d'urgence :

2- Tenue :

- Protégez-vous votre tenue par une sur blouse ou un tablier plastique ?

- Toujours Souvent Rarement Jamais

- Portez-vous une protection supplémentaire ?

- Toujours Souvent Rarement Jamais

Précisez : Masque

- Lunettes (ou visière intégrée au masque)

3-Hygiène des mains :

- Concernant le lavage simple des mains (au savon doux), à combien estimez-vous la durée de votre savonnage :

- 5sec 10sec 15sec 20sec 30sec

-Concernant la désinfection des mains par friction au GHA (Gel Hydro Alcoolique), à combien estimez-vous la durée de votre friction :

- 5sec 10sec 15sec 20sec 30sec

-Le lavage simple des mains et la désinfection par friction au GHA requièrent un certain nombre d'étapes, combien d'après vous ?

- 4 5 6 7

-Vous respectez ces étapes pour le lavage simple des mains :

Toujours Souvent Rarement Jamais

-Vous respectez ces étapes pour la désinfection des mains par friction :

Toujours Souvent Rarement Jamais

4- Sondage urinaire évacuateur :

Pré-requis :

-Connaissez-vous l'existence, au sein de l'établissement, d'une procédure sur le sondage urinaire évacuateur ?

Oui Non

-Si oui, connaissez-vous le moyen de la consulter ?

Oui Non Si oui, précisez :

Préparation vulvo-périnéale avant le sondage urinaire évacuateur :

-Hygiène des mains : Oui Non

Si oui,

Lavage simple au savon doux

Désinfection par friction au GHA

Lavage simple au savon doux + désinfection par friction au GHA

-Port de gants : Oui Non

Si oui,

Gants stériles

Gants non stériles

-D'après vous, quelles sont les recommandations actuelles concernant les bonnes pratiques à réaliser avant le sondage urinaire évacuateur?

Antisepsie du méat urinaire seule

Toilette vulvo-périnéale seule (nettoyage / rinçage / séchage)

Toilette vulvo-périnéale + antisepsie du méat (antisepsie en 4 temps)

-Dans votre pratique, sur 10 sondages urinaires évacuateurs, non réalisés en situation d'urgence, à combien estimez-vous le nombre de fois où vous réalisez :

Aucune préparation vulvo-périnéale :...../10

Antiseptie du méat urinaire seule :...../10

Toilette vulvo-périnéale seule :...../10

Toilette vulvo-périnéale + antiseptie du méat urinaire :...../10

-Lorsque vous réalisez une toilette vulvo-périnéale :

Pour le nettoyage, produit utilisé (précisez) :

Pour le rinçage : Eau stérile Eau non stérile

Pour le séchage, compresses stériles : Oui Non

-Lorsque vous réalisez l'antiseptie du méat urinaire:

Produit utilisé (précisez) :

Compresses utilisées : Oui Non

Si oui, compresses stériles : Oui Non

Une fois la préparation vulvo-périnéale terminée :

-Hygiène des mains : Oui Non

Si oui,

Lavage simple au savon doux

Désinfection par friction au GHA

Lavage simple au savon doux + désinfection par friction au GHA

Sondage urinaire évacuateur :

- Désinfection des mains par friction au GHA juste avant le geste : Oui Non

- Port de gants : Oui Non

Si oui,

Gants stériles

Gants non stériles

- Utilisation d'un système clos (sonde urinaire connectée à une poche de drainage)

pour le sondage évacuateur :

Oui Non

Si Non, où sont recueillies les urines ?

Après le soin :

-Hygiène des mains : Oui Non

Si oui,

Lavage simple au savon doux

Désinfection par friction au GHA

Lavage simple au savon doux + désinfection par friction au GHA

5-Gestion des déchets :

- Dans quelle poubelle évacuez-vous le matériel utilisé (gants, compresses, sonde, poche) ?

Dans la filière DASRI (poubelle jaune)

Dans la poubelle destinée aux déchets standards

- Où jetez-vous les urines ?

Dans la filière DASRI

Dans la poubelle destinée aux déchets standards

Aux toilettes / Dans le lave-bassin

ANNEXE 5

Exemple de fiche technique actualisée sur le sondage vésical évacuateur

Matériel

- Pour l'hygiène des mains** : Savon doux : Lavage simple (au préalable, si mains souillées)
Gel hydro-alcoolique (GHA) (Désinfection simple)
- Pour la protection de la tenue** : tablier plastique + masque à visière
- Pour l'antisepsie vulvo-périnéale** (Toilette + antisepsie proprement dite) :
 - Bassin
 - Gants non stériles
 - Carrés de soin non stériles
 - Bétadine® scrub+eau +Bétadine® vaginale ou savon doux +eau+ Dakin® si allergie à la povidone iodée.
- Pour le sondage** :
 - Champ stérile
 - Gants stériles
 - Compresse stérile
 - Sonde vésicale stérile de charrière adaptée (12à14)
 - Sac collecteur vidangeable stérile
 - Un lubrifiant : Xylocaïne® gel stérile monodose ou eau stérile(Possibilité d'utiliser des sets de sondage)
- Pour l'élimination des déchets** : Sacs à DASRI (jaunes)

Procédure

- Hygiène des mains**
- Installation de la patiente** sur le bassin
- Toilette vulvo-périnéale large** : Lavage + rinçage + Séchage, avec gants non stériles
- Hygiène des mains**
- Préparation du matériel stérile** sur le champ stérile :
 - Compresse stérile avec Bétadine® vaginale ou Dakin®
 - Gants stériles
 - Sonde
 - Sac collecteur
- Sondage évacuateur** :
 - Hygiène des mains
 - Mise des gants stériles
 - Adaptation de la sonde au sac collecteur
 - lubrification de la sonde
 - Antisepsie du méat urinaire
 - Introduction de la sonde dans la vessie
 - sac en déclive pour faciliter l'écoulement
 - laisser la vessie se vider complètement
 - compléter éventuellement par une pression sus pubienne
 - Retirer la sonde une fois l'évacuation des urines terminée
 - Rincer et essuyer le méat pour éliminer l'antiseptique.
- Elimination des déchets** dans le sac à DASRI et des urines dans les toilettes.
- Réinstallation de la patiente**
- Hygiène des mains**