



HAL
open science

”Les SHA sur le bout des doigts”. Audit clinique portant sur l’utilisation des solutions hydro-alcooliques par les sages-femmes du CHU de Rouen

Matthieu Tamboudzu

► **To cite this version:**

Matthieu Tamboudzu. ”Les SHA sur le bout des doigts”. Audit clinique portant sur l’utilisation des solutions hydro-alcooliques par les sages-femmes du CHU de Rouen. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-01073557

HAL Id: dumas-01073557

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01073557>

Submitted on 10 Oct 2014

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.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

Département des études de sage-femme

**« Les SHA sur le bout des doigts »
Audit clinique portant sur l'utilisation des solutions hydro-alcooliques
par les sages-femmes du CHU de Rouen**

Mémoire présenté par
Matthieu TAMBOUDZU
Né le 02 Mars 1991

DIPLÔME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Promotion 2014

Remerciements :

A Madame le Docteur Merle, directrice de mon mémoire
pour ses conseils et son aide précieuse

A Mesdames Mias et Coulon, IDE hygiénistes
pour leur aide dans la réalisation de mon audit

A Madame Parent, guidante de mon mémoire
pour sa disponibilité et son regard avisé

A ma mère et à mes grands-parents
pour leur soutien depuis de nombreuses années

A mes amis et futurs collègues
pour ces 4 années incroyables passées avec eux

Abréviations utilisées

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

CRAT : Centre de Référence des Agents Tératogènes

CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

CCLIN : Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales

CTIN : Comité Technique des Infections Nosocomiales

DPC : Développement Professionnel Continu

EOH : Equipe Opérationnelle d'Hygiène

EPP : Évaluation des Pratiques Professionnelles

FMC : Formation Médicale Continue

GREPHH : Groupe d'Évaluation des Pratiques en Hygiène Hospitalière

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

ICSHA : Indicateur de Consommation des Produits Hydro-Alcooliques

IN : Infection Nosocomiale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PHA : Produit Hydro-Alcoolique

SDC : Suites De Couches

SDN : Salle De Naissance

SFHH : Société Française d'Hygiène Hospitalière

SHA : Solution Hydro-Alcoolique

UGP : Unité de Grossesses Pathologiques

SOMMAIRE

Introduction.....	1
--------------------------	----------

Révue de la littérature

1) Évolution de l'hygiène des mains.....	3
1.1 Les origines.....	3
1.2 Les campagnes pour l'hygiène des mains.....	4
1.2.1 Au niveau international.....	4
1.2.2 Au niveau national.....	4
1.3 L'apparition des produits hydro-alcooliques.....	5
1.4 L'émergence des produits hydro-alcooliques.....	5
1.4.1 Au niveau international.....	5
1.4.2 Au niveau national.....	5
1.5 L'indicateur de consommation des produits hydro-alcooliques (ICSHA)..	6
1.6 La place de l'hygiène des mains dans la pratique des sages-femmes.....	6
1.6.1 Au quotidien.....	6
1.6.2 L'encadrement des étudiants.....	7
1.6.3 La sage-femme correspondante en hygiène hospitalière.....	7
2) Les solutions hydro-alcooliques.....	8
2.1 Définition.....	8
2.2 Composition des solutions hydro-alcooliques.....	8
2.3 Réglementation.....	8
2.4 Les pré requis à l'utilisation des solutions hydro-alcooliques.....	9
2.5 La technique de friction avec une solution hydro-alcoolique.....	9
2.6 Avantages des solutions hydro-alcooliques.....	10
2.6.1 L'efficacité.....	10
2.6.2 Le gain de temps.....	10
2.6.3 La tolérance cutanée.....	10
2.6.4 La facilité d'accès.....	10
2.7 Inconvénients des solutions hydro-alcooliques.....	11
2.7.1 L'intolérance cutanée.....	11
2.7.2 L'inflammabilité.....	11
2.7.3 L'utilisation auprès de personnes alcooliques.....	11
2.8 Grossesse et solutions hydro-alcooliques.....	11

3) L'évaluation des pratiques professionnelles.....	12
3.1 Définition.....	12
3.2 Objectifs de l'évaluation des pratiques professionnelles.....	13
3.3 Législation.....	13
3.3.1 Généralités.....	13
3.3.2 La place de la sage-femme dans l'évaluation des pratiques professionnelles.....	14
3.4 Les différentes formes d'évaluation des pratiques professionnelles.....	14
3.4.1 L'approche par comparaison à un référentiel.....	14
3.4.2 L'approche par processus.....	15
3.4.3 L'approche par problème.....	15
3.4.4 L'approche par indicateurs.....	16
3.4.5 La recherche évaluative.....	16

ETUDE

1) Méthodologie.....	17
1.1 Problématique.....	17
1.2 Hypothèses.....	17
1.3 Objectifs et choix du type d'étude.....	18
1.4 Equipe responsable du projet.....	18
1.5 Référentiel choisi.....	18
1.6 Choix des critères et rédaction d'une grille de recueil des données.....	19
1.7 Démarches.....	19
1.8 Planning et modalités de l'observation.....	20
1.9 Population étudiée.....	21
2) Résultats.....	22
2.1 Les pré requis à l'hygiène des mains.....	22
2.2 L'observance de l'hygiène des mains.....	24
2.3 La technique de friction avec une solution hydro-alcoolique.....	28
2.4 Le questionnaire.....	33

3) Analyse et discussion.....	38
3.1 Résultats marquants.....	38
3.2 Détail des résultats.....	38
3.2.1 Les pré requis à l'hygiène des mains.....	38
3.2.2 L'observance de l'hygiène des mains.....	39
3.2.3 La technique de friction avec une solution hydro-alcoolique.....	40
3.2.4 Le questionnaire.....	42
3.3 Limites de l'étude.....	44
3.3.1 Liées à la population auditée.....	44
3.3.2 Liées à l'auditeur.....	45
3.3.3 Biais de l'étude.....	45
4) Propositions d'actions et d'améliorations.....	46
Conclusion.....	48

Bibliographie

Annexes

Introduction

L'hygiène des mains est une mesure essentielle dans la prévention des infections nosocomiales (IN). En 2012, les résultats de l'enquête nationale de prévalence [25] rapportaient un taux d'infection de l'ordre de 5,1% dans le cadre d'une hospitalisation. Celles-ci représentent une des principales causes de morbidité hospitalière et constituent une cause de mortalité non négligeable.

Dans cette lutte contre les IN, les solutions hydro-alcooliques (SHA), apparues en France au début des années 90, ont un rôle majeur dans la mise en œuvre de l'hygiène des mains. Le 5 décembre 2001, le comité technique des infections nosocomiales (CTIN) insiste sur l'importance et la nécessité de leur utilisation en lieu et place du lavage simple des mains [9]. En 2009, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) préconise également dans ses recommandations une utilisation massive des SHA [30]. Il n'est donc pas étonnant de retrouver un indicateur de consommation des solutions hydro-alcooliques (ICSHA2) dans le deuxième programme national de prévention des infections nosocomiales (2009-2013), ce qui témoigne de l'importance croissante que les SHA ont prises depuis plusieurs années.

En maternité, le taux d'infections est assez faible bien que non négligeable (en 2006, il était de 2,5% après une césarienne, 1% après un accouchement voie basse). La sage-femme se place comme la « gardienne » du bien-être maternel, fœtal et néonatal. A ce titre, en tant que praticienne et leader d'équipe (étudiants, aides-soignantes, auxiliaires de puériculture, agents de services hospitaliers...), elle se doit d'être sensibilisée à l'importance d'une bonne hygiène des mains, notamment par l'intermédiaire des SHA. Toutefois, nous pouvons constater que les recommandations de bonne pratique ne sont pas toujours respectées ce qui nous a amené à nous interroger sur les facteurs pouvant influencer ces comportements.

Dans un premier temps, nous ferons un rappel sur l'Histoire de l'hygiène des mains en nous intéressant particulièrement à l'émergence des SHA et à leur implantation progressive dans les établissements de santé ; nous nous pencherons également sur les moyens de sensibilisation mis en place pour la promotion de l'hygiène des mains et le rôle de la sage-femme dans celle-ci. Dans une deuxième partie, nous reviendrons en détail sur ces SHA, afin de bien cerner toutes leurs spécificités, puis nous finirons par faire un focus sur l'évaluation des pratiques professionnelles, car c'est la méthode que nous avons utilisé pour notre sujet d'étude, matérialisée par la réalisation d'un audit clinique.

Nous décrivons les modalités d'élaboration de notre audit en exposant la méthodologie et les résultats que nous avons obtenu. Enfin, nous détaillerons les propositions d'actions et les réflexions ayant découlé de notre étude.

Revue de la littérature

1. Évolution de l'hygiène des mains

1.1 Les origines :

En tant que sages-femmes, il est intéressant de se rappeler que les prémices de l'hygiène des mains naquirent en maternité, c'est pourquoi nous avons choisi d'en détailler les origines. En effet, c'est en 1847 à la maternité de Vienne qu'Ignaz Semmelweis (1818-1865), chirurgien obstétricien hongrois, découvrit l'importance de la désinfection des mains dans la prévention de la transmission des infections.

Il y avait à Vienne 2 maternités. L'une d'entre elles, où exerçaient des médecins, affichait un taux de décès maternel en suites de couches de 30%. L'autre, dans laquelle exerçaient des sages-femmes, présentait un taux de mortalité de 2%. Partant de ce constat, Semmelweis fit permuter les médecins et les sages-femmes de maternité et il ne tarda pas à constater que le taux de mortalité baissa rapidement là où les sages-femmes exerçaient dorénavant.

De surcroît, il faut savoir que les médecins de l'époque et les étudiants en médecine faisaient des allers retours réguliers entre la salle d'autopsie et la salle de naissance, sans pour autant se laver les mains avant d'examiner les femmes en travail. Il observa que les parturientes examinées par ces étudiants décédaient fréquemment de complications septiques dans le post partum et en déduisit que « Ce sont les doigts des étudiants, souillés au cours de récentes dissections, qui vont porter les fatales particules cadavériques dans les organes génitaux des femmes enceintes et surtout au niveau du col utérin ».

La même année, l'un des amis de Semmelweis, Jakob Kolletschka, mourut des suites d'une blessure qu'il s'était faite lors d'une autopsie. Il présenta un tableau clinique identique à celui que Semmelweis avait observé chez des femmes accouchées étant décédées de fièvre puerpérale. Il en conclut que le même type de « particules » était responsable de la mort de Kolletschka.

Il imposa donc une immersion des mains dans une solution de chaux pendant cinq minutes après chaque autopsie et avant tout examen gynécologique. Les résultats furent rapidement significatifs et le taux de mortalité par fièvre puerpérale devint quasi

nul [Annexe V]. Cependant, malgré des résultats probants, ses recommandations laissaient dubitatifs une très grande majorité de la communauté médicale. Pour elle, la théorie « microbienne » qu'émettait Semmelweis ne se basait sur aucun argument scientifique et ne pouvait être justifiée. Ce n'est que plusieurs décennies après sa mort, à travers les travaux du chirurgien britannique Joseph Lister (1827-1912) introduisant la notion d'antisepsie (à savoir l'élimination provisoire des micro-organismes cutanés à l'aide d'un produit antiseptique), ou encore ceux du scientifique français Louis Pasteur (1822-1895) préconisant le respect de règles d'asepsie (à savoir la prévention de la transmission des microbes), que seront définitivement admises les idées de Semmelweis.

1.2 Les campagnes pour l'hygiène des mains :

1.2.1 Au niveau international :

Dans le cadre du Défi mondial pour la sécurité des patients, l'OMS organise chaque année depuis 2009 une action consacrée à l'hygiène des mains intitulée « save lives, clean your hands » [30]. Celle-ci souligne l'importance essentielle de l'hygiène des mains dans la prévention des infections.

1.2.2 Au niveau national :

Le 23 Mai 2008, à l'initiative de Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé de l'époque, une journée nationale de sensibilisation et d'information sur l'hygiène des mains [28] appelée « Mission mains propres » [Annexe IV] est organisée dans les établissements de santé. A cette occasion, il est réaffirmé la volonté de promouvoir la friction avec un produit hydro-alcoolique pour lutter contre les infections nosocomiales, que ce soit pour les professionnels de santé comme pour les patients.

Dans la continuité de cette journée, la France participe chaque année depuis 2009 à la journée mondiale pour l'hygiène des mains mise en place par l'OMS dans le cadre de la campagne « un soin propre est un soin plus sûr » [31]. Au-delà de l'implication des professionnels de santé, une nouvelle attention est portée à l'information et à la sensibilisation des patients sur l'importance de l'hygiène des mains.

1.3 L'apparition des produits hydro-alcooliques :

Il faut savoir que les produits hydro-alcooliques (PHA) sont apparus pour la première fois aux États-Unis après la seconde guerre mondiale mais ne furent implantés en France qu'à la fin des années 80. Ceux-ci étaient alors peu connus des professionnels de santé qui en conséquence étaient peu disposés à en faire usage. A l'époque, les établissements de santé préféraient se concentrer sur la promotion de l'observance du lavage simple des mains avec un savon car la procédure d'utilisation des PHA était beaucoup plus longue et complexe qu'elle ne l'est aujourd'hui. Elle n'améliorait pas l'observance et représentait un coût plus important que celui du lavage des mains sans pour autant mettre en évidence une meilleure efficacité.

1.4 L'émergence des produits hydro-alcooliques :

1.4.1 Au niveau international :

Au cours des années 2000, plusieurs études internationales [3] et notamment celles du suisse Didier Pittet [4] vinrent démontrer la plus grande efficacité des PHA et leur impact dans la diminution des contaminations croisées, c'est-à-dire la transmission de micro-organismes d'une personne à une autre. Cependant, celui-ci soulignait que pour promouvoir de manière satisfaisante l'utilisation des PHA, il était nécessaire de mettre en œuvre d'importantes campagnes dans les établissements de santé [4].

1.4.2 Au niveau national :

En France, le tournant décisif eut lieu le 5 décembre 2001, lorsque le Comité Technique des Infections Nosocomiales (CTIN), se basant sur les recommandations de la Société Française d'Hygiène Hospitalière (SFHH), émit un avis [9] encourageant l'utilisation des PHA en remplacement des lavages simple et antiseptique des mains lors des soins. En 2002, cette même société insiste de nouveau sur l'intérêt d'utiliser des PHA pour l'hygiène des mains [20] ce qui témoigne d'un réel investissement pour cette méthode.

1.5 L'indicateur de consommation des produits hydro-alcooliques (ICSHA) :

Le 20 Janvier 2004, le Ministre de la Santé Jean-François Mattéi annonce que la consommation de SHA fera partie du premier programme national de prévention des infections nosocomiales (2005-2008) [29] : l'indicateur de consommation des produits hydro-alcooliques (ICSHA) voit le jour.

En effet, l'utilisation de ces produits ayant pris une telle ampleur de par leur efficacité et leur simplicité d'utilisation, le reflet de leur consommation est donc considéré comme étant un marqueur indirect dans la mise en œuvre de l'hygiène des mains et dans la lutte contre les infections nosocomiales. L'ICSHA est propre à chaque établissement et varie selon les activités exercées. Celui-ci représente le rapport entre le volume de SHA réellement consommé par un établissement rapporté à son objectif personnalisé. Son calcul permet de classer les établissements selon leur performance, allant des classes A à F. Un établissement dont l'ICSHA est supérieur à 80% de son objectif de consommation se situe en classe A. Au fil des années, le niveau d'exigence de cet indicateur a évolué (passage à l'ICSHA-2) [27], en ayant notamment pour objectif l'augmentation du nombre de frictions réalisé par jour et par patient.

1.6 La place de l'hygiène des mains dans la pratique des sages-femmes :

1.6.1 Au quotidien :

L'hygiène des mains est primordiale dans la lutte contre les IN, c'est pourquoi celle-ci tient une place importante dans la pratique clinique auprès des parturientes, des accouchées ou des nouveau-nés. Que ce soit à l'entrée d'une chambre ou avant la réalisation d'un geste aseptique, chaque opportunité d'hygiène des mains effectuée est un pas de plus vers la diminution du taux d'IN. Dans cette optique, l'utilisation des SHA s'est démocratisée au fil des années et il est donc nécessaire pour chaque sage-femme d'en connaître les subtilités, afin de pouvoir mettre à profit les qualités de ces produits.

1.6.2 L'encadrement des étudiants :

Au-delà de sa propre pratique, chaque sage-femme est amenée à former et encadrer les étudiants sages-femmes ou autre tout au long de leur cursus universitaire afin de les préparer à devenir de futurs professionnels de santé. Dès la première année, l'acquisition des soins de base et des gestes techniques pose les fondements de la future pratique de ces étudiants. Il est donc important pour toute sage-femme d'enseigner de manière adéquate les règles d'asepsie afin que celles-ci puissent perdurer. Mais l'encadrement est également un temps d'échange entre professionnel et étudiant, où chacun peut apporter ses connaissances à l'autre et ainsi en tirer des bénéfices, que ce soit pour lui-même comme pour ses patients.

1.6.3 La sage-femme correspondante en hygiène hospitalière :

Dans une autre dimension, la sage-femme peut, si elle le souhaite, s'investir de manière plus importante dans ce domaine en étant correspondante en hygiène. Bénéficiant d'une formation de deux jours durant lesquels lui sont notamment enseignés les principes de base en hygiène (et donc ceux d'hygiène des mains), celle-ci a pour rôle la prévention des IN en aidant à l'élaboration et à la mise en place des recommandations de bonne pratique liées à l'hygiène. Cette sage-femme est une personne « ressource », c'est-à-dire que l'on peut se tourner vers elle en cas de question ou de difficulté rencontrée sur le sujet. Elle participe également à l'élaboration d'audits et/ou d'enquêtes tout en servant de relais au Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) pour véhiculer les informations dans les unités.

Nous avons montré l'importance croissante des SHA tout en mettant en évidence les liens entre sages-femmes et hygiène des mains. Nous allons maintenant nous attacher à analyser ces solutions afin de mieux connaître ces produits utilisés au quotidien.

2. Les Solutions hydro-alcooliques

2.1 Définition :

Les SHA sont des solutions antiseptiques cutanées (sous forme de gel ou liquide) ayant pour but la désinfection de la peau dans le cadre de l'hygiène des mains [32]. Elles agissent par contact direct, action mécanique (friction) et ne nécessitent pas d'eau. En outre, elles n'ont pas de propriétés nettoyantes. Il faudra donc privilégier un lavage simple des mains lorsque celles-ci sont visiblement souillées ou ont été potentiellement exposées à un liquide biologique.

2.2 Composition des solutions hydro-alcooliques :

Comme leur nom l'indique, les SHA se composent d'un mélange d'eau et d'alcool mais contiennent également des émoullissants (ex : glycérine...) afin d'hydrater la peau et permettre une meilleure tolérance cutanée. En parallèle, celles-ci peuvent également contenir des antiseptiques afin d'élargir leur spectre d'activité.

Les différents principes actifs (alcools et antiseptiques) pouvant être retrouvés dans ces solutions sont répertoriés chaque année par la SFHH dans la liste positive des désinfectants [18] et sont soumis à des réglementations particulières.

2.3 Réglementation :

Les recommandations de 2009 de la SFHH [19] vis-à-vis du choix des produits concernant la friction hydro-alcoolique conseillent de n'accepter que des produits répondant aux normes :

- NF EN 1040 : activité bactéricide
- NF EN 1275 : activités fongicide et lévuricide (ex : Candida Albicans)
- NF EN 1500 relative à la technique de friction

Une quatrième norme peut-être prise en compte mais dépendra du produit et de la marque utilisée :

- NF EN 14476 (activité virucide) pour laquelle on distingue les virus enveloppés (ex : virus de l'immunodéficience humaine, Herpes virus, virus

de l'hépatite C, virus de la grippe, virus respiratoire syncytial, virus influenza) des virus nus (ex : Rotavirus) pour lesquelles l'efficacité des PHA est moindre.

Ceci leur confère donc un champ d'action très large vis-à-vis des différents organismes.

2.4 Les pré requis à l'utilisation des solutions hydro-alcooliques :

Avant toute chose, il est nécessaire de rappeler les règles essentielles de bon usage inhérentes à toute hygiène des mains. Il faut s'assurer que les mains et les poignets soient dépourvus de tout bijoux/alliances, montres ou encore bracelets, ceux-ci étant de grands réservoirs de germes [7]. Il est nécessaire d'avoir des ongles courts, dépourvus de vernis ou de french manucure et le port de faux ongles est proscrit. Il faut également s'assurer d'avoir les avant-bras découverts.

Concernant les SHA à proprement parler, la friction doit être réalisée sur des mains visuellement propres, sèches et non poudrées. En effet, la présence de souillures peut entraîner une inactivation de leur principe actif [2]. Par ailleurs, leur utilisation est contre-indiquée au contact de patient(e)s porteurs de la gale (inefficacité sur les ectoparasites) et/ou infectés par le clostridium difficile car les SHA n'ont pas d'activité sporicide. En conséquence, il est nécessaire de réaliser au préalable un lavage simple des mains avec un savon doux.

2.5 La technique de friction avec une solution hydro-alcoolique :

Le volume nécessaire à la réalisation d'une friction avec une SHA varie selon les produits commercialisés [18] mais dépend aussi de la taille des mains. Ce volume est en général compris entre 1,5 et 3 ml.

Schématiquement, la friction hydro-alcoolique se décompose en 7 étapes [Annexe III] et doit permettre un balayage complet des mains et des poignets pour être optimale [19]. Sa durée varie selon les fabricants mais dure la plupart du temps environ 30 secondes et doit aboutir à des mains visuellement sèches. Elle ne doit pas être suivie par un rinçage ou un essuyage des mains.

2.6 Avantages des solutions hydro-alcooliques :

2.6.1 L'efficacité :

Les SHA ont un champ d'action très large vis-à-vis des micro-organismes cutanés, ce qui leur confère une grande polyvalence en toute situation.

2.6.2 Le gain de temps :

Cette efficacité est à associer à sa rapidité d'utilisation. La durée moyenne d'une friction hydro-alcoolique étant de 30 secondes, celle-ci est donc sensiblement inférieure à une procédure de lavage simple des mains (40 à 60 secondes) ce qui facilite une meilleure observance de l'hygiène des mains [4,8].

2.6.3 La tolérance cutanée :

De plus, la présence d'un agent émollient dans ses composants rend ces solutions hypoallergéniques et celles-ci sont mieux tolérées que les savons, qui entraînent plus d'irritations et de sécheresse cutanée [1].

2.6.4 La facilité d'accès :

Enfin, on notera leur simplicité d'utilisation en toute occasion. De par leur conditionnement en bouteille, les SHA peuvent être placées à divers endroits (ex: fixées aux murs sur des supports adaptés) et notamment dans des lieux dépourvus de point d'eau, permettant ainsi un accès immédiat à un dispositif d'hygiène des mains non contraignant. Celles-ci peuvent également être intégrées aux soins en étant placées sur les chariots et/ou les plateaux du personnel soignant. En parallèle, l'existence d'un format de poche pour ces SHA permettra au personnel de santé tout comme à la population générale de disposer à tout moment d'un moyen de désinfection des mains peu encombrant et efficace.

2.7 Inconvénients des solutions hydro-alcooliques :

2.7.1 L'intolérance cutanée :

Malgré la présence d'un agent émollient, les principaux inconvénients des SHA sont le dessèchement et l'irritation de la peau dus à la forte concentration d'alcool de ces produits (au moins 60%). L'utilisation de crèmes émollientes peut s'avérer être une solution efficace pour limiter les répercussions cutanées.

2.7.2 L'inflammabilité :

La présence d'alcool dans les SHA explique le caractère inflammable de celles-ci. Bien que le risque d'incendie soit très faible, elles doivent donc être conservées à l'abri de la chaleur ou des flammes.

2.7.3 L'utilisation auprès de personnes alcooliques :

Nous rajouterons qu'il est déconseillé d'employer des SHA auprès de patient(e)s en sevrage alcoolique et de manière plus globale dans des services où sont hospitalisés des personnes dépendantes à l'alcool [6].

2.8 Grossesse et solutions hydro-alcooliques :

A ce jour, il n'existe aucune donnée publiée concernant l'exposition des femmes enceintes aux SHA, mais jusqu'à présent, aucun incident ni aucune contre-indication à leur utilisation ne sont à signaler.

Le 1^{er} Janvier 2013, le Centre de Référence des Agents Tératogènes (CRAT) a mis à jour son avis [24] concernant l'hygiène des mains :

« Les mesures d'hygiène habituelles des mains (lavage au savon) ou l'utilisation de produits hydro-alcooliques (solutions, gels) jouent un rôle important dans la limitation de la transmission manu portée de divers virus ».

Et concernant spécifiquement les SHA : « En l'absence de point d'eau, quel que soit le terme de la grossesse, il est recommandé d'utiliser les solutions hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains, en suivant les consignes d'utilisation (quantité et temps de friction) ».

Ainsi, après être revenu sur l'histoire de l'hygiène des mains tout en ayant mis en avant les spécificités et le rôle des SHA dans la prévention des IN, nous allons maintenant nous intéresser à l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) afin de nous projeter progressivement vers la description de notre étude.

3. L'évaluation des pratiques professionnelles

3.1 Définition :

De nos jours, les thèmes que sont la qualité des soins et la prise en charge dans leur globalité des patient(e)s sont fondamentaux. Ceux-ci s'inscrivent dans le processus de certification et d'accréditation des établissements de santé, qui doivent témoigner du niveau de qualité des soins proposés mais aussi des qualités organisationnelles de chaque pôle de santé.

Les attentes sont grandissantes, que ce soit du côté des professionnels de santé ou des usagers du système de soins. Pour répondre à ces demandes, nous disposons de plusieurs outils et notamment de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Se référant au décret n°2005-346 du 14 avril 2005 [13], l'EPP est définie comme :

« l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé et (qui) inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques ».

3.2 Objectifs de l'évaluation des pratiques professionnelles :

Ce même décret [13] précise également les objectifs qu'une EPP se doit d'atteindre :

« L'évaluation des pratiques professionnelles mentionnée à l'article L.4133-1-1 [15] a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé. Elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention et plus généralement la santé publique, dans le respect des règles déontologiques ».

3.3 Législation :

3.3.1 : Généralités :

Sur le plan législatif, plusieurs textes vont définir l'organisation de l'EPP :

- la loi n°2004-810 du 13 août 2004 portant sur la réforme de l'Assurance Maladie (article L. 4133-1-1 issu de l'article 14) [15] rendant obligatoire l'EPP à tous les médecins.

- le décret n°2005-346 du 14 avril 2005 [13] que nous avons précédemment cité, relatif à l'EPP et qui a pour but de dresser l'organisation des modalités de satisfaction à l'EPP.

- la décision de la HAS du 17 Novembre 2007 parue au Journal Officiel du 03 Janvier 2008 [12] et portant sur les modalités de mise en œuvre de l'EPP.

- l'article 59 de la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 Juillet 2009 [16] instaurant l'obligation du développement professionnel continu (DPC) pour tous les professionnels.

3.3.2 La place de la sage-femme dans l'évaluation des pratiques professionnelles :

Concernant les sages-femmes, l'EPP est régie par :

- l'article R4127-304 alinéa 1 du code de la santé publique relatif au code de déontologie des sages-femmes [10] précisant que toute sage-femme se doit d'entretenir et perfectionner ses connaissances.
- le décret n° 2011-2117 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des sages-femmes [14] qui précise que :

« Art. R. 4153-1. – Le développement professionnel continu comporte, conformément à l'article L. 4153-1, l'analyse, par les sages-femmes, de leurs pratiques professionnelles ainsi que l'acquisition ou l'approfondissement de connaissances ou de compétences ».

3.4 Les différentes formes d'évaluation des pratiques professionnelles :

Selon la situation ou le problème rencontré par un établissement, plusieurs méthodes d'EPP décrites par la HAS en Juin 2005 [17] peuvent être utilisées afin de répondre de manière optimale aux objectifs.

3.4.1 L'approche par comparaison à un référentiel :

Il s'agit de comparer la pratique quotidienne à un référentiel établi à partir de recommandations professionnelles admises par le plus grand nombre. Cette méthode peut revêtir plusieurs formes :

- L'audit clinique :

Méthode la plus couramment utilisée pour évaluer les pratiques dans les établissements de santé. L'audit clinique est défini par la HAS comme « une méthode d'évaluation qui permet à l'aide de critères déterminés de comparer les pratiques de soins à des références admises, en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats de soins, avec l'objectif de les améliorer ». Le but d'un audit clinique est donc l'amélioration de la qualité des soins prodigués aux patients. Ses modalités de

réalisation ont été définies par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) en Juin 2003 dans le document « Réussir un audit clinique et son plan d'amélioration » [21].

Par ailleurs, la circulaire du 11 août 2005 [11] relative à la stratégie nationale d'audit des pratiques en hygiène hospitalière recommande la réalisation d'audits portant sur l'hygiène des mains par friction avec des produits hydro-alcooliques, ce qui, nous le verrons, fut la méthode choisie pour la réalisation de notre EPP.

- La revue de pertinence :

Elle permet d'évaluer la pertinence des soins dispensés aux patients afin d'améliorer l'utilisation des ressources et de facto la qualité des soins.

- Les enquêtes de pratique :

Elles ont pour but d'interroger les professionnels de santé sur une pratique bien spécifique et de comparer celle-ci à la pratique attendue. Nécessitant moins de ressources qu'un audit, cette méthode se base uniquement sur les déclarations des professionnels, ce qui pourrait parfois entraîner un écart entre ce qui est dit et ce qui est réellement fait dans la pratique.

3.4.2 L'approche par processus :

Elle permet une approche globale de la prise en charge d'un patient en étudiant toutes les pratiques liées à celle-ci. Pour l'améliorer, un chemin clinique reprenant chaque étape de la prise en charge est mis en place avec la planification d'un ensemble d'actes à réaliser pour répondre efficacement à la pathologie.

3.4.3 L'approche par problème :

Il s'agit ici d'analyser et de résoudre un problème rencontré au cours de la prise en charge d'un patient et de mettre en place des actions permettant d'éviter sa réapparition. On y retrouve par exemple les revues de mortalité-morbidité ayant pour but de détecter et d'analyser la survenue d'événements graves et indésirables ayant entraîné des conséquences pour les patients.

3.4.4 L'approche par indicateurs :

La base de cette méthode consiste à choisir un indicateur, d'en évaluer les résultats et de mettre en place si besoin une évaluation des pratiques si les résultats fournis par cet indicateur sont en-deçà des attentes (exemple de l'ICSHA dans le cadre du thème abordé dans ce mémoire).

3.4.5 La recherche évaluative :

Celle-ci s'intéresse aux résultats apportés par les interventions (formations etc...) réalisées dans les unités de soins afin d'améliorer les pratiques. Elle permet entre autre d'analyser l'efficacité que ces actions ont pu avoir (comparaison avant-après) mais reste peu utilisée car elle nécessite une méthodologie lourde.

ETUDE

1. Méthodologie

1.1 Problématique :

L'hygiène des mains est un rouage essentiel dans la lutte contre les infections nosocomiales et les SHA y tiennent une place prépondérante. Dans un contexte actuel où le CHU de Rouen a récemment dû faire face à une recrudescence des entérobactéries résistantes à la vancomycine, la direction des soins ainsi que la direction générale ont par de nombreux rappels sensibilisé les services hospitaliers dans ce domaine, en insistant notamment sur l'utilisation des SHA.

Cependant, nous avons pu constater lors de nos différents stages en maternité que les règles d'hygiène des mains et notamment celles des SHA ne sont pas toujours respectées par les sages-femmes.

Comment peut-on expliquer ces comportements alors que d'une part, des cours et des travaux pratiques sur les SHA sont dispensés depuis quelques années lors de la formation initiale et que d'une autre part, des intervenants hospitaliers assurent des actions d'information et de prévention ?

L'utilisation des SHA étant pluriquotidienne et adoptée dans sa grande majorité par le personnel de santé, il nous semblait justifié de nous concentrer principalement sur celles-ci pour notre étude.

1.2 Hypothèses :

Partant de ces constatations, nous en avons déduit plusieurs hypothèses :

- 1) Il y aurait une mauvaise application des règles d'utilisation des solutions hydro-alcooliques par les sages-femmes.
- 2) La réactualisation des connaissances des sages-femmes vis-à-vis de l'hygiène des mains serait insuffisante.
- 3) L'époque d'obtention du diplôme serait en lien avec les comportements « déviants » observés.
- 4) Le contexte de réalisation de la friction hydro-alcoolique influencerait sur sa qualité.

1.3 Objectifs et choix du type d'étude :

Cette étude avait pour objectif de sensibiliser les sages-femmes du CHU de Rouen en faisant un état des lieux de leurs pratiques en rapport avec les SHA et ainsi définir des axes d'amélioration pour chaque secteur et/ou sage-femme audité. C'était également l'occasion de voir ce qui pouvait influencer sur la qualité des frictions hydro-alcooliques.

D'un point de vue personnel, cette étude, réalisée dans le cadre d'un stage pré-professionnel, était une bonne occasion pour mettre en avant l'enseignement qui nous a été dispensé sur l'hygiène des mains au cours de nos études et ainsi améliorer ma propre pratique avant l'obtention du diplôme d'État. Ce fut également un bon moyen pour perfectionner mes connaissances quant à la réalisation d'un audit clinique et être préparé à participer à ce genre d'étude si l'occasion se représente au cours de ma carrière.

La méthode de l'audit clinique a été choisie car notre objectif était d'évaluer les pratiques des sages-femmes concernant l'hygiène des mains et l'utilisation des SHA en les comparant à un référentiel que nous avons créé.

1.4 Équipe responsable du projet :

L'auditeur de cette étude était Matthieu Tamboudzu, étudiant sage-femme en 2^e année de la 2^e phase. Cet audit a été supervisé par V. Merle, médecin hygiéniste au CHU de Rouen, Mme S. Mias, IDE hygiéniste référente pour le service de Gynécologie-Obstétrique et Mme A-M Coulon, IDE hygiéniste.

1.5 Référentiel choisi :

1. Recommandations de la société française d'hygiène hospitalière (2009)
2. Protocole du CLIN sur la désinfection des mains par SHA affiché au CHU de Rouen (Annexe III)
3. Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé – Réussir un audit clinique et son plan d'amélioration (ANAES – Juin 2003)
4. Protocole d'utilisation de l'Aniosgel® (marque utilisée au PFME du CHU de Rouen) [26]

1.6 Choix des critères et rédaction d'une grille de recueil des données:

Afin d'être le plus complet possible, 3 critères ont été retenus dans le cadre de cet audit :

- le respect des pré requis à la réalisation d'une hygiène des mains
- le respect de la technique de friction avec une solution hydro-alcoolique
- la bonne observance de l'hygiène des mains avec une solution hydro-alcoolique : une hygiène des mains est réalisée à chaque fois qu'il y a une indication à l'hygiène des mains avec une SHA.

L'analyse de ces trois critères nécessitait la mise en forme d'une grille adaptée et facile à utiliser. Nous les avons donc réunis sur deux feuilles :

- une première feuille (Annexe I) sur laquelle était étudiée la technique de friction et l'observance de l'hygiène des mains avec une SHA ainsi que le contexte de réalisation de la friction
- une deuxième feuille (Annexe II) sur laquelle était recueillies les pré requis à l'hygiène des mains ainsi que les réponses au questionnaire.

1.7 Démarches :

Dans un premier temps, nous sommes entrés en contact en Juillet 2013 avec le cadre supérieur de santé du PFME du CHU de Rouen, afin de demander l'autorisation de réaliser notre audit dans les locaux de la maternité, ce qui fut le cas.

Une fois les modalités de notre audit définies, nous avons envoyé en Novembre 2013 par courrier électronique à toutes les cadres sages-femmes de santé de la maternité du CHU de Rouen un exemplaire du protocole de l'audit que nous allions réaliser, accompagné de la grille d'observation et du questionnaire de notre étude.

Nous nous sommes également rendus avant le début de notre étude dans le service de réanimation néonatale du CHU de Rouen pour tester nos grilles de recueil auprès des infirmiers(ères) de ce secteur. Cette observation n'a pas mis en évidence de dysfonctionnement des grilles.

1.8 Planning et modalités de l'observation :

Notre audit clinique a été réalisé du 2 au 22 Décembre 2013 au PFME du CHU de Rouen pour un équivalent de 120 heures passées sur les lieux.

L'audit s'est tenu dans tous les secteurs où exercent les sages-femmes, à savoir :

- les consultations obstétricales (ici associées au planning familial)
- les suites de couches (SDC: O1 et O2)
- l'unité de grossesses pathologiques (UGP)
- les salles de naissance (SDN)

Le temps effectif d'observation s'est élevé à 20h15, ce qui correspond à une moyenne de 40,5 minutes par sage-femme (n = 30). Le temps restant fut consacré à l'enregistrement des données et à la rédaction de la revue de la littérature. Nos observations se sont faites de jour mais également de nuit pour le secteur de SDN. Chaque période d'observation (PO) dans un secteur durait 4 heures. En détail, nous avons effectué :

- 15 PO en SDN (dont 10 de jour et 5 de nuit) : 15 SF observées
- 7 PO en SDC (dont 4 en O1 et 3 en O2) : 7 SF observées
- 7 PO en consultations obstétricales : 7 SF observées
- 1 PO à l'UGP : 1 SF observée

Un total de 5 frictions était observé par sage-femme en situation de soin. Ceci avait pour objectif de diminuer le biais d'observation dû à la présence d'un auditeur et de faire ressortir le plus possible la pratique réelle des sages-femmes vis-à-vis des SHA.

Le contexte de réalisation d'une friction (degré d'urgence, charge de travail) était à l'appréciation de la sage-femme observée.

Étant donné la présence de plusieurs promotions d'étudiants sages-femmes pendant le mois de réalisation de cet audit, il était convenu que les étudiants présents sur les lieux de stage soient prioritaires pour suivre les patientes avec les sages-femmes et que l'auditeur, à savoir Matthieu Tamboudzu, ne se positionnerait pas en doublon avec une sage-femme encadrant déjà un étudiant. Celui-ci a donc évalué les sages-femmes auprès de patientes n'étant pas déjà prises en charge par un(e) étudiant(e).

Après observation d'une sage-femme et selon sa disponibilité, un questionnaire de 14 questions portant sur l'hygiène des mains était posé et rempli en temps réel par

l'observateur pendant une durée moyenne de 4 minutes. Celui-ci était destiné à faire le point sur les connaissances des sages-femmes en rapport avec ce domaine et plus spécifiquement sur les SHA, mais il permettait également d'apporter des informations utiles et de faire des rappels sur l'hygiène des mains.

1.9 Population étudiée :

Il s'agissait d'une observation prospective au PFME du CHU de Rouen se tenant dans tous les secteurs où exercent les sages-femmes voulant bien se prêter à notre étude. Au total, 30 d'entre elles ont pu être observées au cœur de leur travail, ce qui représente le seuil limite généralement accepté pour un audit clinique.

Par ailleurs, afin de répondre à notre troisième hypothèse : « l'année d'obtention du diplôme serait en lien avec les comportements déviants observés », nous avons pris en compte dans notre analyse une année ayant eu son importance à Rouen concernant les SHA :

- 2007 : Nous avons choisi cette année en nous basant sur l'enseignement dispensé à l'école de sages-femmes de Rouen. En effet, les premiers cours portant sur les SHA ont démarré en 2003, ce qui signifie que la première promotion diplômée de l'école ayant bénéficié de cet enseignement est sortie en 2007. Nous avons donc voulu voir si les sages-femmes diplômées depuis cette année là (et ayant eu une formation initiale sur les SHA contrairement aux sages-femmes diplômées avant 2007) ont une meilleure pratique et de meilleures connaissances que leurs aînées sur les SHA.

Cependant, plusieurs sages-femmes interrogées n'ont pas fait leurs études de maïeutique à Rouen. Celles qui ont été diplômées à partir de 2007 (n=2) nous ont dit avoir bénéficié d'une formation à l'hygiène des mains au cours de leurs études. Nous les avons donc comptabilisé dans nos statistiques. De surcroît, toutes les sages-femmes diplômées avant 2007 n'ont pour leur part bénéficié d'aucune formation à l'hygiène des mains lors de leurs études. Ceci n'a donc pas posé de problème pour nos tests.

Enfin, les données ont été saisies sur le logiciel OpenOffice et interprétées à l'aide du logiciel Stata 7 et du site internet BiostaTGV. Les tests du Khi-2 et de Fisher ont été utilisés pour l'analyse des variables qualitatives de notre étude. Les écarts observés ont été considérés comme étant significatifs pour $p < 0,05$.

2. Résultats

2.1 Les pré requis à l'hygiène des mains :

Sur les graphiques ci-dessous, nous pouvons retrouver les résultats concernant les pré requis à l'hygiène des mains. La totalité des sages-femmes auditées (n = 30) ne présentait pas de mains visiblement mouillées et/ou souillées lors de notre étude.

Respect des pré requis à l'hygiène des mains

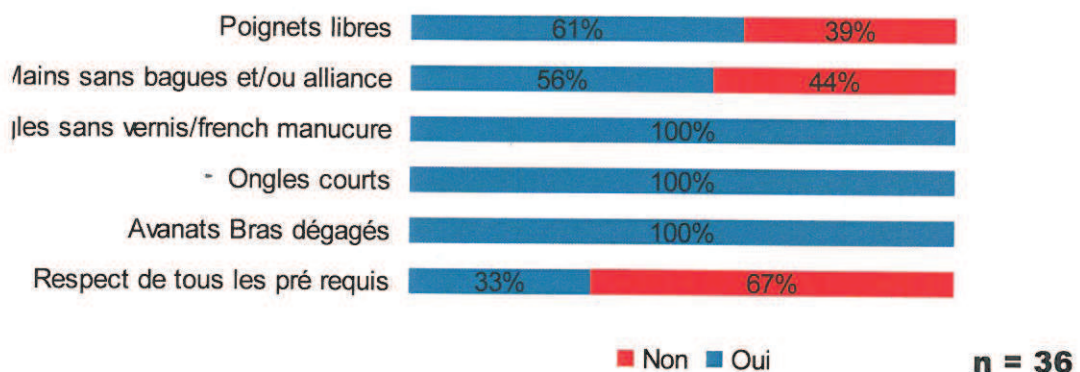


Figure 1

Le respect des pré requis varie selon les items (significatif: $p < 5,826 \cdot 10^{-13}$).

Respect de la totalité des pré requis selon l'année de diplôme (2007)

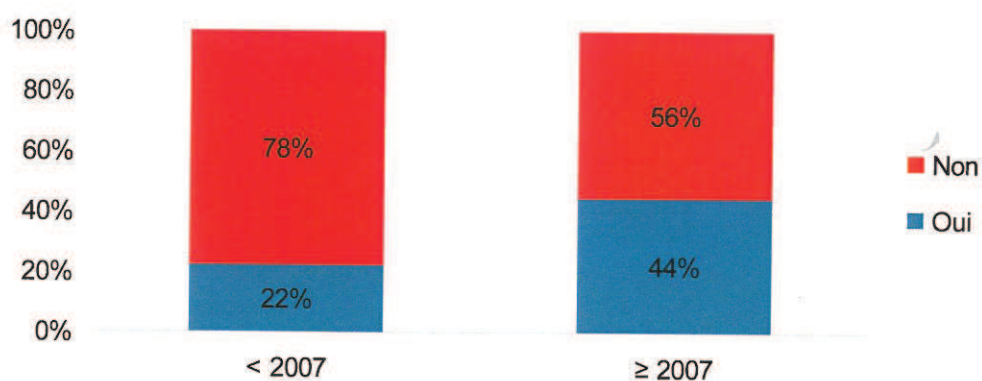


Figure 2

Le respect total des pré requis ne varie pas de manière significative selon l'époque d'obtention du diplôme ($p=0.288$).

Port de bijoux

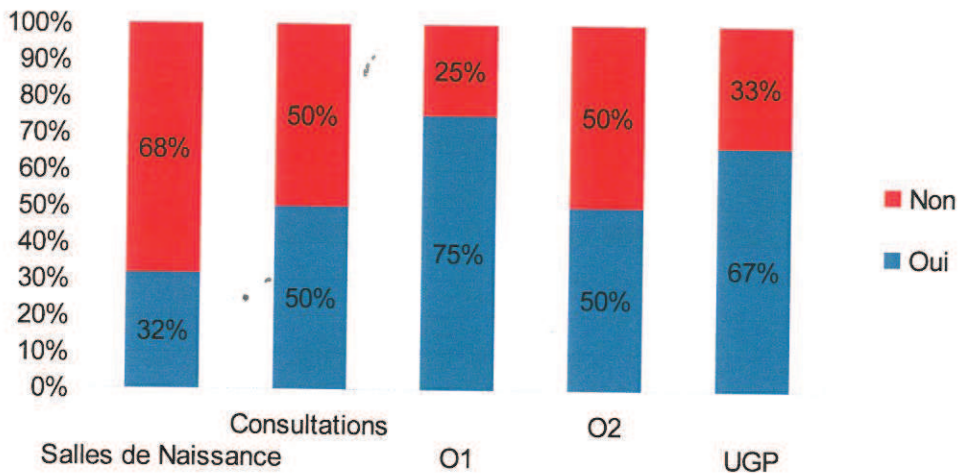


Figure 3

Dans chaque secteur, nous retrouvons des sages-femmes portant des bijoux (non significatif: $p=0,457$).

Poignets dépourvus d'accessoires

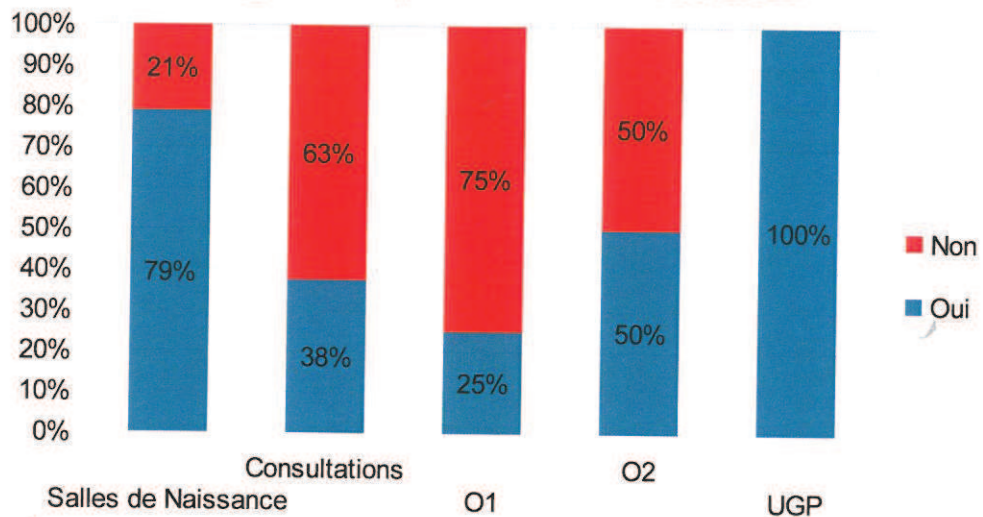


Figure 4

Concernant cet item, nous pouvons nous rendre compte que dans tous les secteurs à l'exception de l'unité de grossesses pathologiques, plusieurs sages-femmes auditées portaient un ou plusieurs accessoires (bracelets, montres) aux poignets (non significatif: $p=0,057$).

2.2 L'observance de l'hygiène des mains :

Nous nous intéressons maintenant aux graphiques détaillant ci-dessous les résultats relatifs à l'observance de l'hygiène des mains. Aucune patiente n'était en isolement air/contact ou autre lors de notre étude.

Nombre d'opportunités d'hygiène des mains par secteur

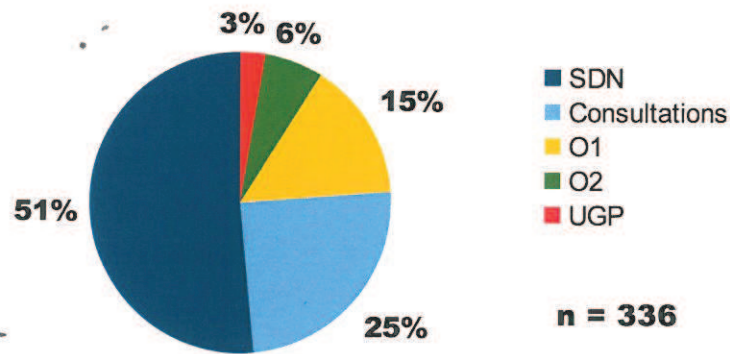


Figure 5

Moment d'observation des opportunités de friction avec une SHA

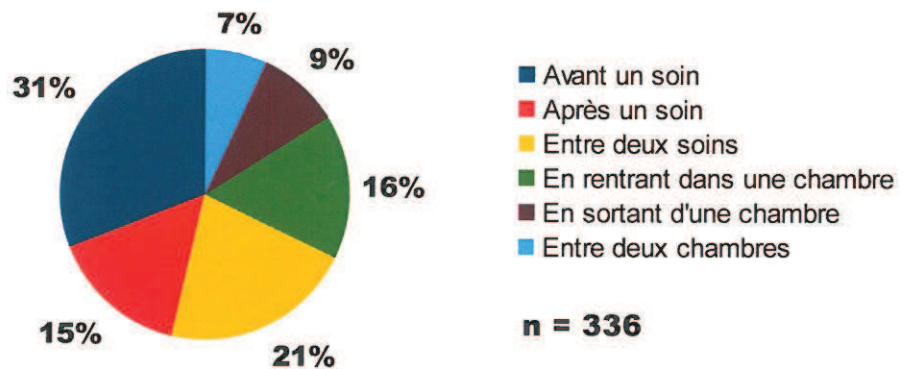


Figure 6

Moment de l'observation

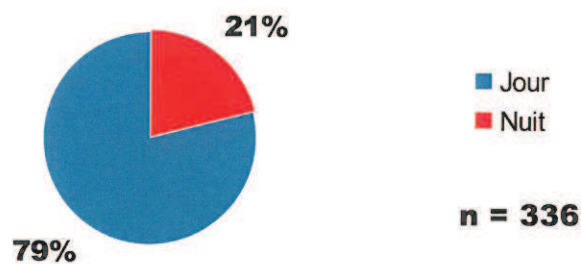


Figure 7

Le diagramme ci-dessous représente l'observance de l'hygiène des mains avec une solution hydro-alcoolique, à savoir si une hygiène des mains est bien réalisée à chaque moment attendu lorsqu'il est possible d'utiliser une SHA. Comme dit précédemment, aucune sage-femme n'avait les mains visiblement souillées et ne devait donc effectuer de lavage simple des mains d'emblée.

Observance de l'hygiène des mains avec une SHA

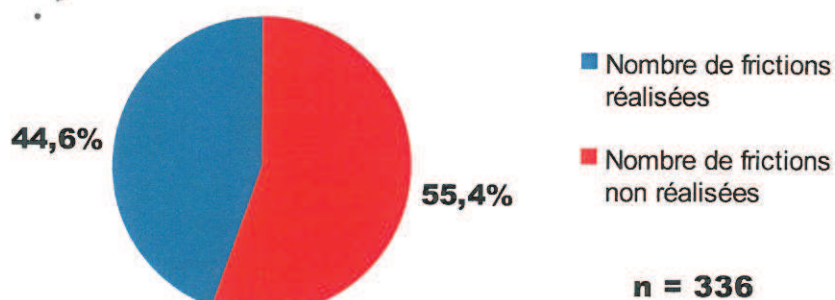


Figure 8

Lorsqu'une friction avec une SHA n'a pas été réalisée, combien ont été remplacées par un lavage simple des mains?

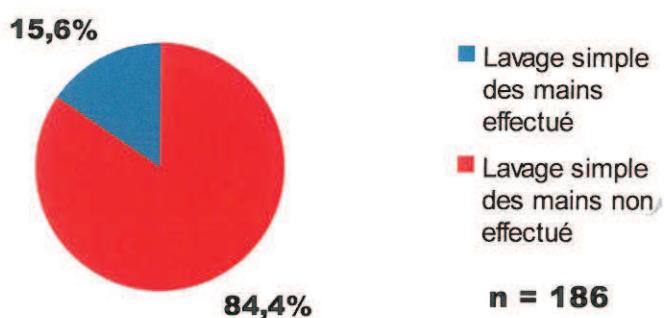


Figure 9

Observance de l'hygiène des mains selon le moment de friction

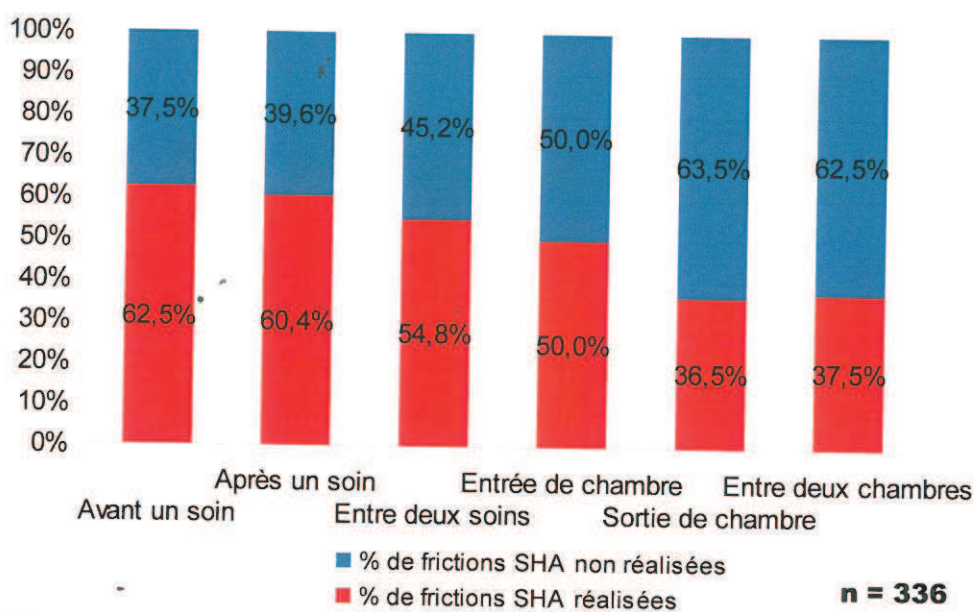


Figure 10

L'observance de l'hygiène des mains varie selon le moment de la friction (significatif: $p=0,035$).

Observance de l'hygiène des mains selon le moment de la journée

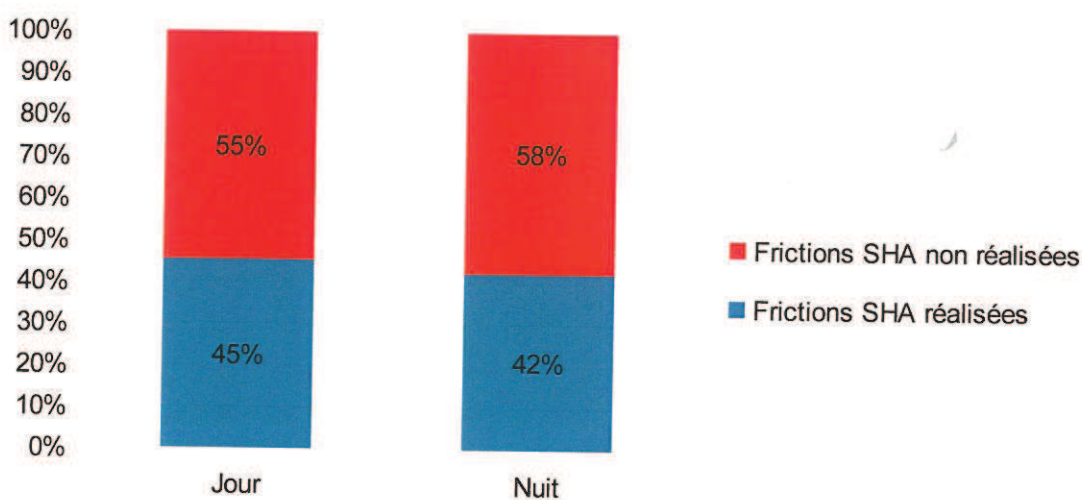


Figure 11

Le moment de la journée n'influe pas sur l'observance (non significatif: $p=0,648$)

Observance de l'hygiène des mains selon le secteur

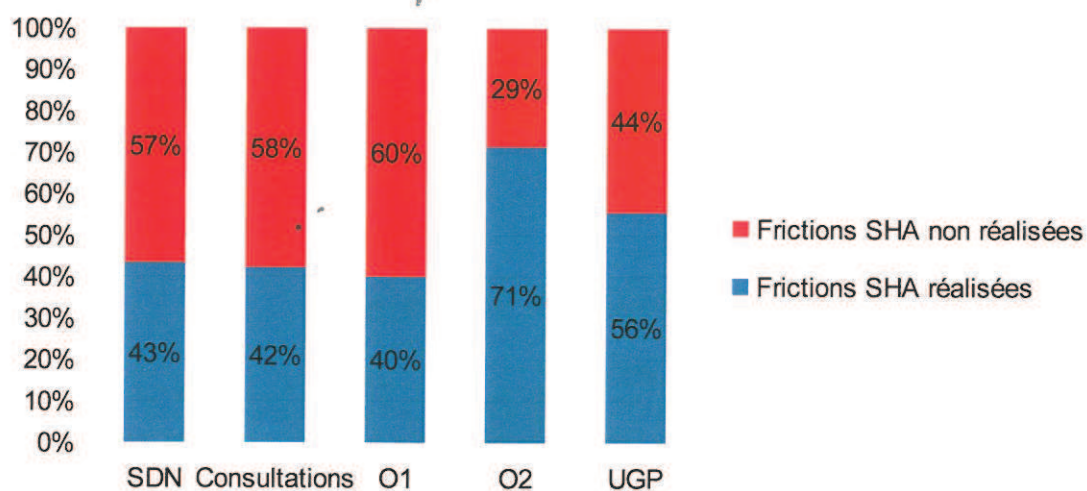


Figure 12

L'observance de l'hygiène des mains n'est pas corrélée au secteur dans lequel exercent les sages-femmes (non significatif: $p=0,12$).

Observance de l'hygiène des mains selon l'année de diplôme (2007)

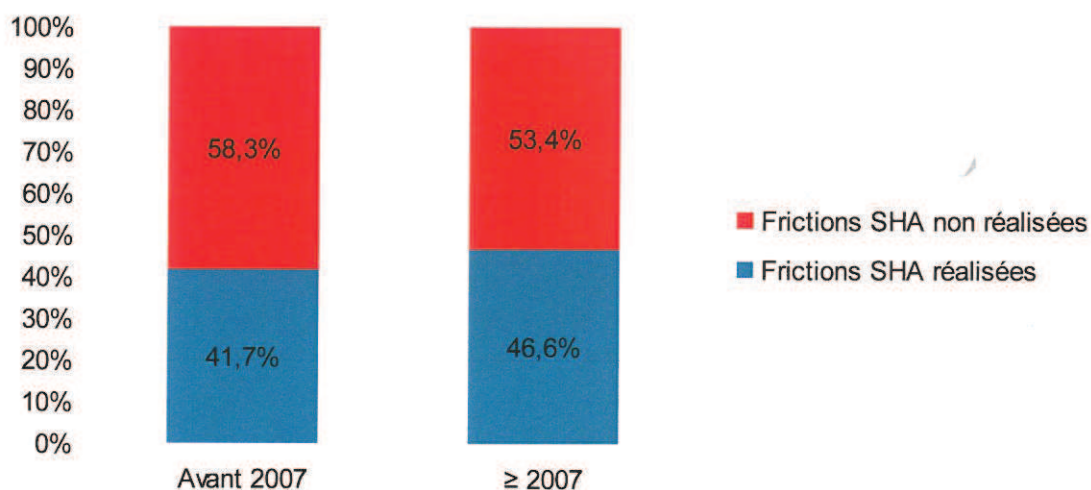


Figure 13

Dans notre étude, l'époque d'obtention du diplôme ne conditionne pas l'observance de l'hygiène des mains (non significatif $p=0,377$).

2.3 La technique de friction avec une solution hydro-alcoolique :

Nous développons à présent les figures sur lesquelles sont détaillés les résultats de la technique de friction avec une solution hydro-alcoolique.

Nous noterons que la totalité de nos observations se sont déroulées sans qu'aucune situation d'urgence ne soit à signaler.

Moment de l'observation

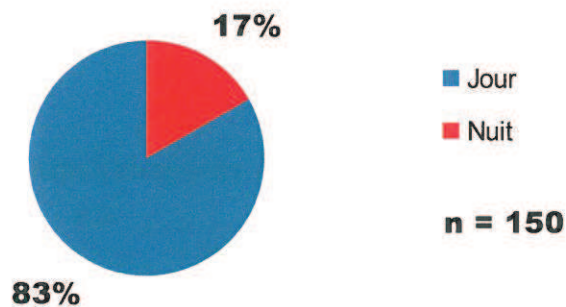


Figure 14

Pourcentage d'observations des secteurs audités

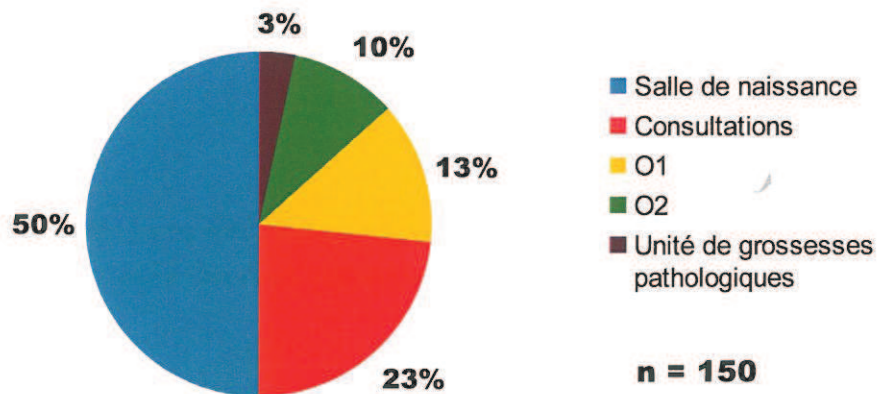


Figure 15

La moitié de nos observations se sont déroulées dans le secteur de salle de naissance car il s'agit du secteur où exerce le plus grand nombre de sages-femmes.

Charge de Travail

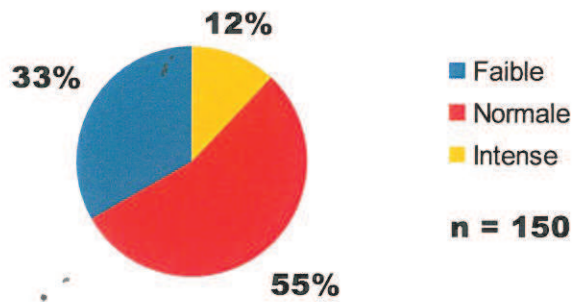


Figure 16

Moment d'observation des frictions

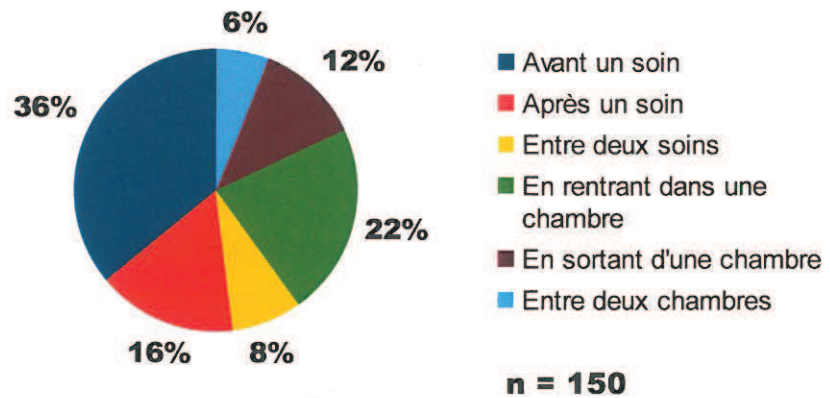


Figure 17

Nombre de frictions réalisées avec 2 pressions ou plus lors de nos observations

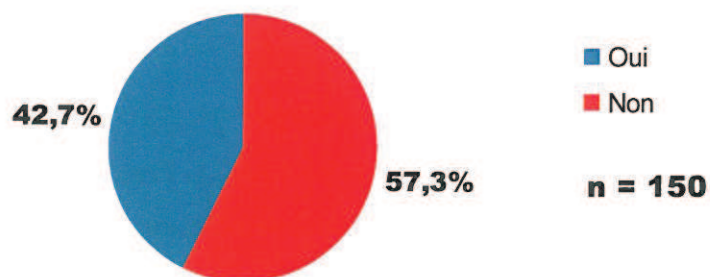


Figure 18

Durée des frictions SHA observées

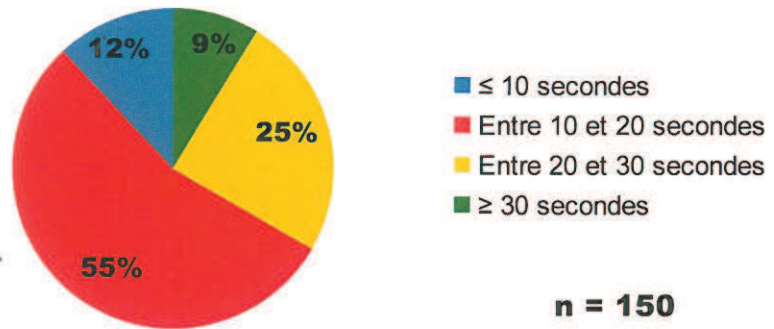


Figure 19

% de conformité selon la zone frictionnée

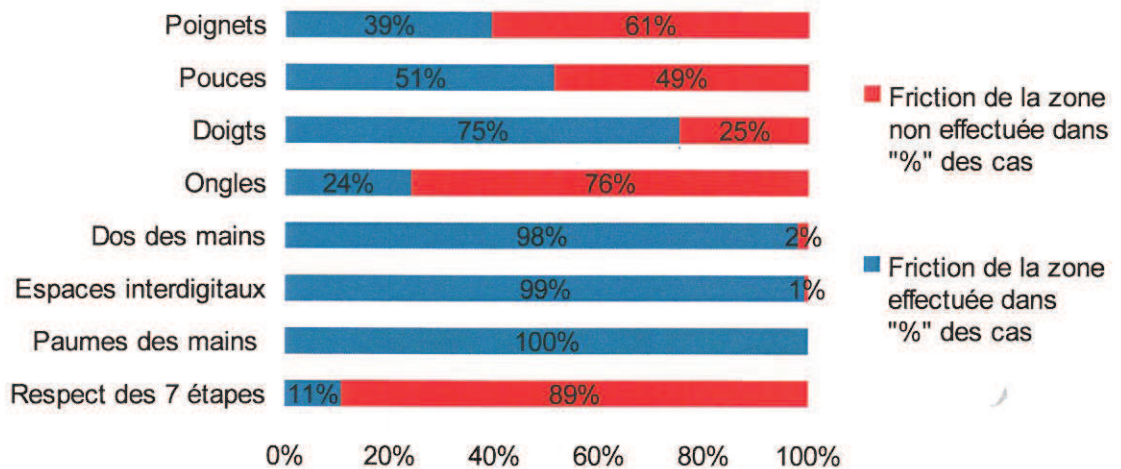
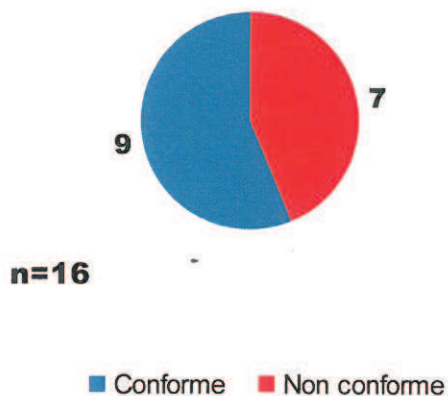


Figure 20

Seulement 11% des frictions respectaient l'ensemble des étapes préconisées (n=16). Celles-ci ont été réalisées par un total de 6 sages-femmes mais ne respectaient pas toutes le temps de friction minimum recommandé.

Selon le référentiel choisi (celui de la SFHH ou celui du laboratoire Anios), le temps minimum de friction varie et nous obtenons les résultats ci-dessous pour ces 16 frictions :

Nombre de frictions conformes à la réglementation SFHH (≥ 20 secondes)



Nombre de frictions conformes à la réglementation Anios (≥ 30 secondes)

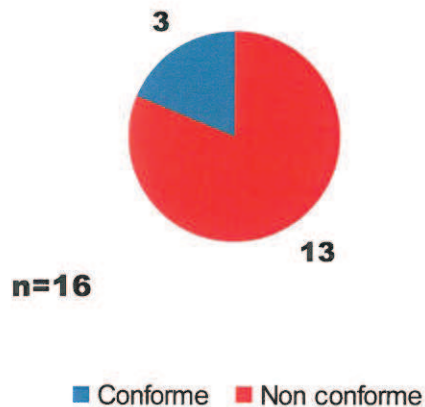


Figure 21

Mains sèches en fin de friction

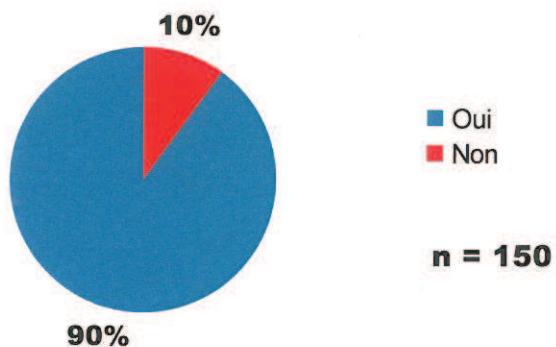


Figure 22

Le tableau ci-après représente l'influence de différents facteurs sur la technique de friction avec une solution hydro-alcoolique selon 2 référentiels (ceux de la SFHH et du laboratoire Anios) :

(n = nombre de frictions observées)

	Frictions entièrement conformes (7 étapes + durée de friction)		Respect des 7 étapes	Respect de la durée de friction	
	SFHH	Aniosgel®		SFHH	Aniosgel®
Année de diplôme	p=1	p=0,55	p=0,17	p=0,9	p=0,004
< 2007 (n=55)	3 (5,45%)	2 (3,6%)	3 (5,45%)	18 (32,7%)	10 (18,2%)
≥ 2007 (n=95)	6 (6,3%)	1 (1,1%)	13 (13,7%)	32 (33,7%)	3 (3,2%)
Moment de la journée	p=0,04	p=0,07	p=0,31	p=0,44	p=0,45
Jour (n=125)	5 (4%)	1 (0,8%)	12 (9,6%)	40 (32%)	10 (8%)
Nuit (n=25)	4 (16%)	2 (8%)	4 (16%)	10 (40%)	3 (12%)
Charge de travail	p=0,24	p=0,11	p=0,007	p=0,0003	p=0,005
Faible (n=50)	4 (8%)	2 (4%)	5 (10%)	25 (50%)	8 (16%)
Normale (n=82)	3 (3,7%)	0	5 (6,1%)	16 (19,5%)	2 (2,4%)
Intense (n=18)	2 (11,1%)	1 (5,6%)	6 (33,3%)	9 (50%)	3 (16,7%)

Figure 23

2.4 Le questionnaire :

Cette dernière partie vous présente les réponses fournies par les sages-femmes lors du questionnaire posé par l'auditeur. Vous en trouverez les résultats sur les graphiques ci-dessous.

Sur quelles classes d'organismes agissent les SHA?

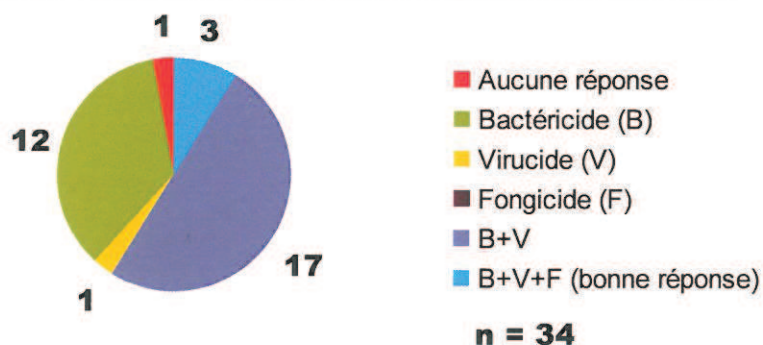


Figure 24

Plusieurs associations de réponses n'ont pas été données et n'apparaissent donc pas sur le graphique ci-dessus (fongicide ; bactéricide+fongicide ; virucide+fongicide).

Pour quels micro-organismes l'utilisation des SHA est-elle contre-indiquée?

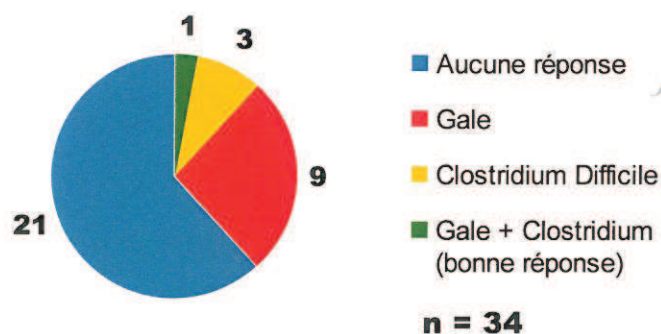


Figure 25

Nous pouvons constater que 21 sages-femmes (62% des auditées) n'ont pu donner aucune réponse à cette question.

**Quelle est la durée minimum d'une friction SHA?
(Question Ouverte)**

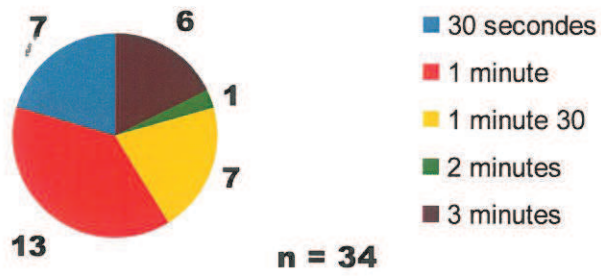


Figure 26

**Quelle est la durée de conservation d'un flacon de SHA après ouverture?
(Question Ouverte)**

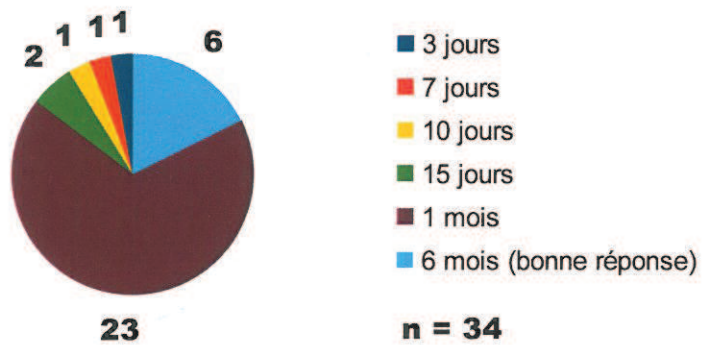


Figure 27

Avez-vous déjà suivi une formation sur l'hygiène des mains?

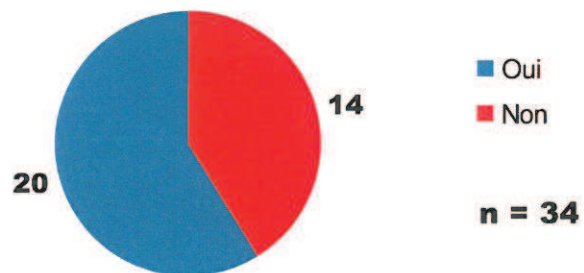


Figure 28

Pour la figure suivante, les réponses fournies par les sages-femmes ayant effectué une formation sur l'hygiène des mains ont été classées en deux groupes de résultats :

De quand date votre formation sur l'hygiène des mains?

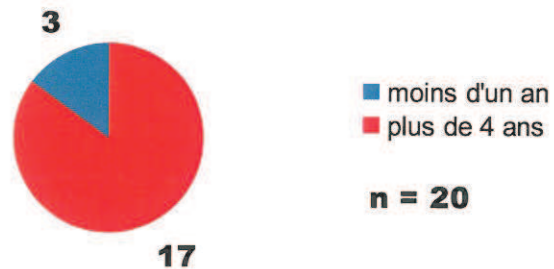


Figure 29

Qui a assuré cette formation sur l'hygiène des mains?

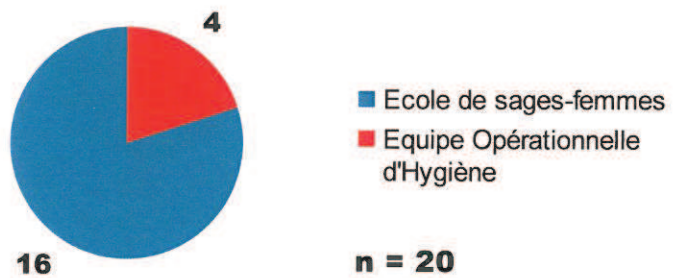


Figure 30

Avez-vous déjà utilisé une boîte pédagogique pour évaluer une friction SHA?

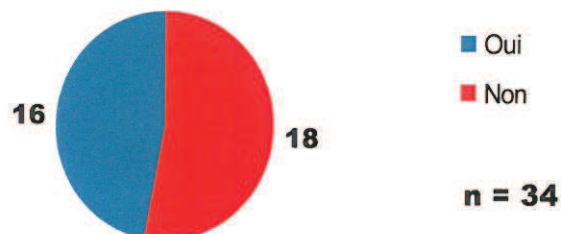


Figure 31

Connaissez-vous la SF correspondante en hygiène?

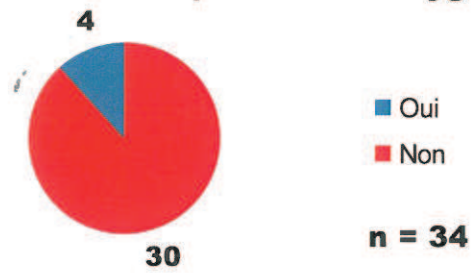


Figure 32

Avez-vous déjà vu le protocole de friction SHA du CHU?

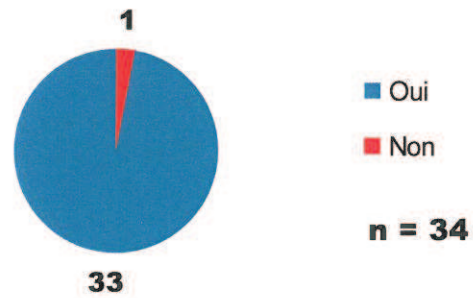


Figure 33

Connaissez-vous toutes les étapes de ce protocole ?

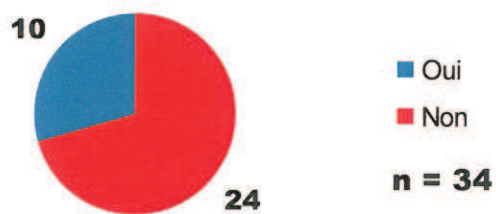


Figure 34

Connaissez-vous la journée mondiale pour l'hygiène des mains?

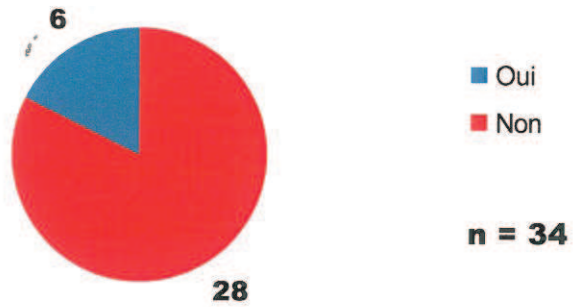


Figure 35

En marge du graphique ci-dessus, nous pouvons préciser que parmi les sages-femmes connaissant la journée mondiale pour l'hygiène des mains, aucune n'y a déjà participé.

Connaissez-vous la signification des initiales ICSHA?



Figure 36

3. Analyse et discussion

3.1 Résultats marquants :

Nous pouvons tirer plusieurs enseignements suite à la réalisation de notre audit. L'ensemble des résultats concernant les pré requis et ceux relatifs à la technique de friction nous permettent de confirmer notre première hypothèse, à savoir qu'**il y aurait une mauvaise application des règles d'utilisation des SHA par les sages-femmes**. Celles-ci les utiliseraient sans en connaître toutes les spécificités (que ce soit sur le mode ou le champ d'action), ce qui pourrait expliquer le mauvais usage qui en est fait sur le plan pratique.

Notre questionnaire a quant à lui mis en évidence un **manque de réactualisation des connaissances des sages-femmes sur l'hygiène des mains**, ce qui va dans le sens de notre deuxième hypothèse.

D'une manière générale, **l'époque d'obtention du diplôme n'influerait pas sur le respect des pré requis à l'hygiène des mains, l'observance ainsi que la technique de friction hydro-alcoolique**, ceci venant infirmer notre troisième hypothèse.

Enfin, nous retiendrons que **la charge de travail aurait une influence sur la réalisation d'une friction**, venant en partie confirmer notre dernière hypothèse.

3.2 Détail des résultats :

3.2.1 Les pré requis à l'hygiène des mains :

En détail, seulement 33% des sages-femmes auditées (n=12) respectaient l'ensemble des pré requis à l'hygiène des mains. Plus précisément, notre étude montre des disparités significatives ($p < 5,82.10^{-13}$) quant au respect accordé à ces pré requis (figure 1). Le port de bijoux (n=16, soit 44% des personnes auditées) est le critère le moins respecté, ce que l'on retrouve dans d'autres audits comme celui dirigé par le Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales (CCLIN) de l'inter-région Est en 2011 (port de bijoux chez 25% des audités) [23]. La plupart d'entre

elles ont conscience de ne pas se conformer à la réglementation et ont parfois fait des remarques allant dans ce sens pendant notre audit (ex : « il faudrait que j'enlève ma bague »). Ce type de phrase viendrait infirmer l'idée selon laquelle les sages-femmes auraient une méconnaissance des pré requis. En effet, bien que le port de bijoux (le plus souvent des bagues) soit proscrit, il n'existe pas de réel contrôle de celui-ci. A contrario, il est par exemple admis qu'en salle de naissance, le port d'une tenue de bloc opératoire est obligatoire et cette mesure est respectée par l'ensemble des sages-femmes. La mise en application des différentes réglementations est donc variable.

3.2.2 L'observance de l'hygiène des mains :

Concernant l'observance de l'hygiène des mains avec une SHA (figure 8), le premier constat que nous pouvons faire est qu'elle est assez faible (**44,6%**) mais que celle-ci varie selon les études [22]. Celle-ci est très peu compensée par un lavage simple des mains car seulement 15,6% des frictions non effectuées ont été remplacées par ce procédé. Si nous cumulons les frictions effectuées avec une SHA (n=150) et les lavages simples des mains réalisés (n=29), nous arrivons à un total de 179 hygiènes des mains réalisées sur 336 possibles (**53,3% d'observance générale**).

En croisant nos données, il apparaît dans notre étude l'existence d'une relation entre l'observance et le moment de réalisation d'une friction (**significatif : $p=0,035$**), ce qui traduit un investissement plus ou moins important des sages-femmes selon la situation rencontrée. Les meilleurs résultats sont obtenus avant (63%) et après (60%) un soin, confirmés par un audit national réalisé par le Groupe d'Évaluation des Pratiques en Hygiène Hospitalière (GREPHH) publié en 2011[22] où l'on retrouvait chez les sages-femmes des observances avant un soin de 88,2% et après un soin de 83,4%. Une plus grande attention est apportée à l'hygiène des mains lorsque celle-ci se situe à proximité d'un soin, qu'il soit invasif ou non. A contrario, les scores les plus faibles sont obtenus en sortie et entre deux chambres, avec 36,5% et 37,5% d'observance, ce qui n'est pas le cas dans une étude de MP Stevens datant de 2007-2008 [5] où l'observance pour ces situations était de 84%. Concernant le CHU de Rouen et plus précisément pour le secteur de SDN, ces faibles résultats pourraient s'expliquer par le fait que les SHA ne soient pas situés près des portes, ce qui ne facilite pas leur utilisation et favorise l'oubli de réalisation d'une friction.

Dans une autre perspective, l'observance ne varie pas de manière significative selon le lieu d'exercice (figure 12 - $p=0,12$). Ceci est également le cas lorsque nous comparons l'observance entre le jour et la nuit (figure 11 - $p=0,648$) dans notre étude.

Par ailleurs, nous avons pu constater en marge de notre audit la présence dans toutes les salles de consultation du protocole de désinfection avec une SHA. Cependant, ceci n'est pas associé à une meilleure observance (42% seulement). Ces résultats globalement peu élevés concernent donc toutes les sages-femmes, indépendamment de leur expérience et de leur lieu d'exercice. Ceci pourrait s'expliquer par un ancrage profond des habitudes propres à chacune, en témoignent ces paroles de l'une d'entre elles en sortant d'une chambre: « Normalement je devrais faire une friction là, c'est pas bien, tu vas le noter ». Nous pouvons voir à travers cette phrase que le facteur humain joue un rôle essentiel dans la décision de réalisation d'une friction, que ce soit par volonté de gagner du temps ou bien par minimisation du risque de contamination selon le moment de réalisation de la friction. La sage-femme n'est plus en contact avec la patiente, alors elle suppose que le risque d'infection est moindre, sans nécessairement se projeter sur la prochaine patiente qu'elle prendra en charge. Autant de choses pouvant influencer sur les comportements et qui doivent engager la conscience professionnelle de tout un chacun.

3.2.3 La technique de friction avec une solution hydro-alcoolique :

Au sujet de la qualité technique des frictions, nous pouvons constater sur la figure 20 que la conformité n'est pas la même selon la zone frictionnée et que celle-ci est moins importante pour les pouces, les ongles et les poignets, ce que nous pouvons retrouver dans d'autres études [23]. Si nous nous intéressons au respect des étapes d'une friction, seulement 16 d'entre elles sur 150 (soit 11%) les ont toutes suivies. Si nous ajoutons à notre analyse la durée de friction, seulement 9 respectaient les réglementations de la SFHH (20 secondes) [18]. Ce chiffre descend à 3 si l'on se fie à celles du laboratoire Anios (30 secondes) [26], fournisseur des SHA utilisées au PFME de Rouen. Ces résultats sont dans les deux cas extrêmement faibles et nous incitent à examiner les facteurs pouvant influencer ces frictions.

Nous pouvons constater sur la figure 23 qu'il existe un rapport, d'une part, entre la charge de travail et le respect des étapes d'une friction ($p=0,007$), ainsi qu'un

deuxième avec la durée de friction et ce, quelque soit le référentiel utilisé (SFHH : $p=0,0003$; Anios : $p=0,005$). Il peut paraître surprenant que la proportion de frictions pour lesquelles le respect est le plus important se situe dans un contexte de charge de travail intense (conformité de 33,3%). Il faut toutefois nuancer ces résultats car le nombre de frictions observées dans ce contexte était sensiblement inférieur à celui pour des charges de travail faible ou normale. Néanmoins, cela montre qu'**une charge de travail intense n'est pas forcément synonyme d'une moins bonne qualité de friction**. Ainsi, **ces chiffres nous permettent de confirmer l'hypothèse selon laquelle le contexte de réalisation d'une friction influencerait sur sa qualité**. Nous n'avons par ailleurs pas retrouvé d'étude analysant le lien entre charge de travail et qualité de friction.

15 frictions n'ont pas abouti à des mains visuellement sèches. Nous pouvons nous demander si les protocoles actuellement utilisés ne sont pas trop exigeants. Il apparaît que ces frictions ont toutes duré moins de 20 secondes ($n=8 < 10$ secondes et $n=7$ entre 10 et 20 secondes). Ce ne sont donc pas les référentiels qui seraient en cause mais plutôt les pratiques des sages-femmes, qui réalisent des frictions trop courtes, même en tenant compte du protocole le moins discriminant (celui de la SFHH).

Si nous regardons la figure 23, nous pouvons voir que le moment de la friction (jour/nuit) n'influe pas de manière significative sur la qualité technique d'une friction si ce n'est dans un seul cas : lorsque cela concernait des frictions respectant l'ensemble des réglementations ($p=0,04$). En détail, la proportion de frictions entièrement conformes était plus importante la nuit (16%) que le jour (4%). Toutefois, cinq fois plus de frictions ont été observées de jour ce qui vient tempérer ces résultats.

Concernant le rapport entre l'époque d'obtention du diplôme et la qualité d'une friction, le constat est le même. Celle-ci n'influe pas de manière générale sur les pratiques des sages-femmes sauf dans un cas bien précis : il concerne le respect de la durée de friction en rapport avec les recommandations du laboratoire Anios ($p=0,004$). On observe ainsi un plus grand nombre de sages-femmes suivant cette mesure lorsque celles-ci sont diplômées avant 2007 (18,2% d'entre elles) alors qu'elles n'ont pas bénéficié d'une formation initiale sur les SHA. Cependant, nous noterons que nous n'avons pas trouvé par le passé d'audits sur l'hygiène des mains ayant analysé l'époque d'obtention du diplôme et nous permettant d'effectuer des comparaisons.

3.2.4 Le questionnaire :

Intéressons nous maintenant aux résultats de notre questionnaire. Spécifiquement, 21 sages-femmes (soit 62% des auditées) n'ont pu citer de micro-organisme ou de pathologie pour lesquels les SHA sont inefficaces. Ceci pose problème quand on sait que l'une des réponses attendues était la gale, une infection contagieuse de plus en plus fréquente en maternité. Ces résultats peuvent nous laisser supposer que si certaines de ces sages-femmes ont pris en charge par le passé des patientes porteuses de la gale en se désinfectant les mains à l'aide d'une SHA, ceci s'est avéré inutile et potentiellement contagieux pour elles-mêmes et leur entourage (patientes, nouveau-nés et famille). Cependant, lorsque nous révélions après coup aux sages-femmes l'inefficacité des SHA vis-à-vis de la gale, la plupart d'entre elles finissaient par se souvenir de cette contre-indication, ce qui pourrait témoigner d'un **manque de réactualisation des connaissances**, venant confirmer notre deuxième hypothèse.

Pour la moitié des sages-femmes interrogées, les SHA ont une activité bactéricide et virucide. Seulement 9% (n=3) d'entre elles ont pu nous donner une réponse exacte comprenant les propriétés bactéricide, virucide et fongicide de ces produits. Les connaissances des sages-femmes sur le sujet sont donc partielles et il était fréquent que certaines d'entre elles nous demandent des précisions sur le champ d'action des SHA, ce qui nous a permis de leur rappeler que celui-ci est détaillé au dos des flacons. Ceci met en quelque sorte en évidence un manque de curiosité intellectuelle, qui peut être préjudiciable pour les patientes si les SHA sont utilisées alors qu'étant contre-indiquées. Mais ceci peut aussi expliquer que l'observance soit assez faible car si les sages-femmes ne savent pas combien le champ d'action des SHA est large, alors il se peut qu'elles soient moins rigoureuses dans l'observance de l'hygiène des mains et moins enclines à utiliser les SHA.

Pour 13 sages-femmes interrogées (38% des réponses), la durée minimum d'une friction avec une SHA est d'une minute. Le reste des réponses est globalement réparti de manière équivalente, avec notamment 6 sages-femmes (18%) pensant qu'une friction simple avec une SHA doit durer au moins 3 minutes. On observe un décalage important entre les réponses données par les sages-femmes et leur pratique réelle. Nous pouvons nous interroger sur les raisons de ces écarts. Les sages-femmes perçoivent-elles leurs frictions comme étant longues, ce qui justifierait ces réponses élevées ? Ou bien pensent-elles réellement qu'il est nécessaire de respecter des temps de friction aussi

importants ? Les croyances des sages-femmes sur cette durée de friction pourraient expliquer le fait que celles-ci n'en réalisent pas à chaque moment opportun car pensant que la procédure est trop longue.

62% des sages-femmes (n=23) sondées pensent qu'un flacon de SHA se conserve 1 mois après ouverture et 18% d'entre elles (n=6) ont pu donner la durée exacte (à savoir 6 mois). Cette variabilité des réponses peut s'expliquer par le fait que la majorité des produits commercialisés ait une durée de conservation d'un mois, ce qui peut entraîner des confusions dans les esprits. En général, les flacons de SHA sont très rarement conservés 6 mois après leur ouverture car leur consommation est fréquente. Cependant, nous avons pu remarquer lors de nos 3 semaines d'observation que sur 29 flacons de SHA rencontrés, seulement 5 d'entre eux avaient leur date d'ouverture inscrite. Il est nécessaire de bien informer l'ensemble du personnel de santé de l'importance d'inscrire la date d'ouverture car l'efficacité des SHA est moindre une fois le délai de consommation dépassé.

59% des sages-femmes auditées (n=20) ont effectué une formation à l'hygiène des mains par le passé. La majorité d'entre elles a effectué cette formation il y a plus de 4 ans et pour la plupart, celle-ci a été réalisée au cours de leurs études. En outre, l'utilisation d'une boîte pédagogique pour évaluer la qualité de ses frictions reste peu étendue (53% des auditées n'en ont jamais utilisé) bien que jugée comme étant une méthode intéressante par les sages-femmes car leur permettant de prendre conscience pour certaines de leurs lacunes. Il y a donc de manière globale un manque d'investissement et de réactualisation des connaissances sur l'hygiène des mains, ce qui viendrait une nouvelle fois confirmer notre deuxième hypothèse.

Une grande majorité des sages-femmes ne connaissait pas la sage-femme correspondante en hygiène de la maternité du CHU de Rouen. Il aurait été judicieux de demander à cette personne si elle avait déjà été sollicitée par le passé pour résoudre un problème lié à l'hygiène. Cependant, la plupart des sages-femmes nous ont dit demander conseil à leurs collègues ou consulter internet lorsqu'une difficulté en rapport avec l'hygiène se présentait à elles, essentiellement pour gagner du temps, et ce peut-être au détriment d'une information plus juste.

La quasi totalité des sages-femmes (97%) a déjà vu le protocole de friction du CHU se rapportant à l'utilisation des SHA mais seulement 30% d'entre elles en connaissaient toutes les étapes. Nous avons constaté lors de notre audit que ce protocole n'était pas affiché dans tous les secteurs et notamment en SDN, où le nombre de soins

invasifs est le plus important. Toutefois, celui-ci est apparu dans les différentes salles au cours de notre troisième semaine d'observation, ce qui est positif. Nous pouvons nous demander s'il s'agissait d'une résultante faisant écho à notre audit.

Enfin, nous avons demandé aux sages-femmes si elles connaissaient la signification des initiales ICSHA. Aucune d'entre elles n'a pu donner de réponse complète. Pour la plupart, les sages-femmes ne connaissaient pas l'existence de cet indicateur et seulement une seule a pu nous expliquer quel était l'objectif de celui-ci. Les sages-femmes n'ont donc pas conscience qu'elles peuvent par leurs actions améliorer cet indice.

3.3 Limites de l'étude :

3.3.1 Liées à la population auditée :

Le nombre de sages-femmes observées (n=30) au cours de notre audit aurait pu être plus important si nous n'avions pas dû faire face à plusieurs aléas :

- la fluctuation de l'activité hospitalière. Ceci s'applique principalement au secteur de SDN, à la fois source de la moitié de nos observations (n=15) mais également dépendant de la présence de patientes dans le secteur. Sur les 5 nuits effectuées, 2 d'entre elles n'ont abouti à aucune observation car il n'y avait aucune parturiente ou femme accouchée lors de la venue de l'auditeur, ce qui a de fait diminué le nombre final d'observations.

- les changements de plannings entre sages-femmes ont également conditionné ce chiffre. Il y a d'une part des changements inhérents à tout secteur hospitalier mais également des modifications d'emploi du temps dus au mouvement de grève des sages-femmes. Imprévisibles, ils ont également eu pour conséquence une diminution du nombre d'observations, notamment lorsque ces changements concernaient des sages-femmes ayant déjà été auditées.

3.3.2 Liées à l'auditeur :

Être seul pour le recueil de données a été un frein à un plus grand nombre d'observations. La présence d'un auditeur supplémentaire aurait certainement été bénéfique pour pouvoir évaluer un plus grand nombre de sages-femmes et être plus représentatif, notamment pour le secteur de grossesses pathologiques. En effet, nous n'avons pu faire qu'une observation dans cette unité ce qui limite la représentativité des résultats obtenus. Nous avons pris du retard dans notre nombre d'observations à mi-stage (dû entre autre aux difficultés énoncées dans le paragraphe ci-dessus), ce qui nous a poussé à nous recentrer vers le secteur de SDN (où exerce le plus de sages-femmes) afin de recueillir un nombre suffisant d'observations. Toutefois, la présence d'un seul auditeur a permis une homogénéisation des observations.

La présence d'étudiants de plusieurs promotions a également ralenti notre recueil de données. Comme nous l'avons précisé dans notre méthodologie, l'auditeur ne suivait pas de sage-femme encadrant déjà un étudiant. Il y avait à cette époque 3 promotions en stage dans les différents secteurs, ce qui réduisait parfois les possibilités d'observation pour l'auditeur.

3.3.3 Biais de l'étude:

L'auditeur a globalement été bien accepté par les sages-femmes bien que celles-ci se sentent parfois mal à l'aise d'être observée sur leur hygiène des mains. Sa présence a entraîné un effet Hawthorne, qui suppose une modification des comportements des sages-femmes car celles-ci se savent observées. Cet effet est notamment confirmé par ces phrases recueillies lors de notre étude : « Je me lave les mains parce que tu es là » ou encore « Je fais des trucs que je fais jamais d'habitude ». Ce biais d'observation pouvait également se manifester chez certaines sages-femmes par une « mise en avant » de leurs frictions, voulant parfois mettre en valeur aux yeux de l'auditeur le fait qu'elles effectuaient une friction en montrant ostensiblement leurs mains. A contrario, certaines nous ont confié avoir essayé de ne pas changer leurs habitudes pour que notre observation soit la plus représentative de leur pratique réelle. Par ailleurs, pour ne pas trop influencer leurs pratiques vis-à-vis des SHA, nous leur disions que nous réalisions

un audit « centré sur l'hygiène des mains », afin qu'elles ne se focalisent pas uniquement sur leur utilisation des SHA.

Certains critères, à savoir le degré d'urgence (non analysé) et la charge de travail, étaient à l'appréciation des sages-femmes afin de se fier à leur ressenti au moment de l'observation. Cette vision subjective a peut-être entraîné des variations dans les résultats obtenus car la perception d'une situation à un instant T est variable d'une personne à une autre. Si ces critères avaient été « jugés » par l'auditeur, il est possible que les résultats eurent été différents selon l'impression que celui-ci se serait fait de telle ou telle situation. Toutefois, nous avons été dans l'impossibilité d'analyser le critère concernant le degré d'urgence car nous n'avons pas pu observer de telle situation lors de notre étude. Ceci est regrettable dans la mesure où ce critère nous permettait de répondre en partie à notre dernière hypothèse concernant les facteurs pouvant influencer les frictions.

4. Propositions d'actions et d'améliorations

Compte tenu des résultats de notre étude, il serait intéressant de **faire un retour des résultats dans les différents secteurs** afin de faire prendre conscience aux sages-femmes de l'état actuel des choses et ainsi stimuler leur conscience professionnelle. A moyen terme, la **mise en place d'un nouvel audit de pratique** autour de l'hygiène des mains nous permettrait d'assurer le suivi des actions proposées ici. Cette fois-ci, il serait judicieux qu'un nombre équivalent de sages-femmes soit audité dans chaque secteur, afin de ne pas retrouver d'écarts de classes trop importants. Une autre possibilité serait d'élargir la population d'étude en touchant l'ensemble du personnel médical et paramédical. Ceci doit être entrepris par la maternité dans une réelle **démarche d'amélioration** non seulement de l'hygiène des mains mais de manière plus globale de l'hygiène hospitalière dans son ensemble, afin de proposer une prise en charge optimale des patientes.

Pour **permettre une sensibilisation plus importante** des sages-femmes sur l'importance de la technique de friction avec une SHA, il serait judicieux de leur proposer dans le cadre d'une intervention de l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH)

de leur mettre à disposition une boîte pédagogique afin qu'elles puissent se rendre compte d'éventuels défauts dans leur manière de se frictionner les mains. Lors de notre audit, plusieurs sages-femmes se sont montrées intéressées par ce procédé concret, facile à utiliser et peu chronophage. Il y a donc **une réelle demande d'autoévaluation**. Il serait intéressant de mettre à disposition cet outil pédagogique plusieurs fois par an afin de garder un éveil permanent, d'autant plus que celui-ci ne nécessite pas la mise en place de moyens importants. En revanche, **une meilleure communication** sur le sujet et **davantage d'implication** dans ce domaine sont requis afin de toucher le plus de personnes possible. En effet, lors de la dernière journée de sensibilisation s'étant tenu le 24 Mai 2013 dans le cadre de la journée nationale pour l'hygiène des mains, 10 sages-femmes étaient présentes (sur un total de 74 sages-femmes). C'est un chiffre relativement bas dans la mesure où l'EOH n'intervient qu'une seule fois par an à propos de l'hygiène des mains. La sensibilisation est donc ponctuelle et ne permet pas d'implanter solidement les recommandations de bonne pratique.

A défaut de pouvoir intervenir régulièrement auprès du personnel de maternité, il faut que celui-ci soit exposé au quotidien à la « réalité » de la transmission manu portée. L'affichage de photos représentant la mise en culture de bagues sur des boîtes de Pétri serait un bon moyen pour rappeler aux sages-femmes que les bijoux sont des menaces « invisibles » permanentes. Ceci irait de pair avec la mise en place d'un contrôle du port de bijoux, tout particulièrement en SDN où le nombre d'actes invasifs est fréquent. Cependant, nous pouvons nous demander quelle pourrait être la réaction des sages-femmes si cette règle venait à être appliquée, car elle bousculerait les habitudes prises et serait forcément source de débats. En parallèle, la **mise en place d'entretiens individuels axés sur les comportements en matière d'hygiène** auprès de sages-femmes volontaires pourrait être un bon moyen de **comprendre leurs réactions et les raisonnements** qui les animent (ex : pourquoi les sages-femmes décident-elles consciemment de porter des bijoux tout en sachant pour la plupart que ceci est interdit?).

Enfin, dans une perspective de confort, quelques sages-femmes ont évoqué au cours de notre étude qu'elles trouvaient les SHA « agressives » et desséchantes pour la peau. La mise à disposition de crèmes hydratantes en flacon (proposé dans d'autres maternités) pourrait être un moyen de lutter face à ce phénomène. Il suppose un investissement et des coûts supplémentaires dont les bénéfices seront à évaluer par la hiérarchie.

CONCLUSION

De Semmelweis à aujourd'hui, l'hygiène des mains a évolué et s'est adaptée aux exigences croissantes que requièrent la qualité des soins et la sécurité des patients.

Nous disposons tous des connaissances nécessaires à la pratique de notre métier. Cependant, les résultats de notre audit viennent suggérer que celles-ci méritent d'être entretenues afin d'être exploitées de manière optimale selon l'évolution des recommandations, dont la mise en application et l'observance rencontrent parfois des obstacles. Le **facteur humain** joue un rôle essentiel dans ce non respect et l'enjeu aujourd'hui est de comprendre les **processus psychologiques** étant à l'origine de ces difficultés. Une **sensibilisation** plus importante est nécessaire et doit pour cela être associée à une **volonté d'amélioration des pratiques** de tous les professionnels, indépendamment de l'époque d'obtention de leur diplôme et de leur expérience.

Mais au-delà de notre audit, il ne s'agit pas pour autant de remettre en cause l'enseignement dispensé sur l'hygiène des mains car celui-ci est nécessaire. Nous devons nous demander quelles sont les raisons qui nous poussent à ne pas nous investir suffisamment dans l'hygiène des mains et ces questions doivent se poser dès le début de nos études de sciences maïeutiques. On observe des discordances entre les pratiques observées en stage et le discours tenu par les étudiants sur le plan théorique. Quelle est l'origine de ces disparités ? Et quelle perception ont-ils de l'hygiène des mains au cours de leur formation, que ce soit à l'école ou sur leurs lieux de stage ?

Nous savons également que leurs comportements sont en partie conditionnés par l'observation des pratiques des sages-femmes et que celles-ci sont parfois reproduites à l'identique, qu'elles soient justes ou non. Est-ce que les sages-femmes consacrent suffisamment d'attention à l'hygiène des mains lors de l'encadrement des étudiants, et ce de manière pérenne durant nos 4 années d'études ?

Ces interrogations nous rappellent que **l'évaluation des pratiques est un processus en constante évolution**, de nos premiers pas à l'école jusqu'à la fin de nos carrières. C'est avec une **prise de conscience** de chacun que nous effacerons progressivement de nos habitudes les pratiques inadéquates. Cette étape, parmi tant d'autres, nous mènera à la **reconnaissance de notre profession**.

BIBLIOGRAPHIE

ARTICLES :

[1] Boyce JM, Kelliher S, Vallande N. - Skin irritation and dryness associated with two hand-hygiene regimens: soap-and-water hand washing versus hand antiseptics with an alcoholic hand gel - Infect Control Hosp Epidemiol - Juillet 2000 ; 21(7): p.442-448

[2] Boyce JM, Larson EL, Weinstein RA. - Alcohol-based hand gels and hand hygiene in hospitals - The Lancet - Novembre 2002 ; 360(9344): p.1509-1510

[3] Gillespie EE, ten Berk de Boer FJ, Stuart RL, Buist MD, Wilson JM. - A sustained reduction in the transmission of methicillin resistant *Staphylococcus aureus* in an intensive care unit - Crit Care Resusc - Juin 2007 ; 9(2): p.161-165

[4] Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, Mourouga P, Sauvan V, Touveneau S, et al. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. Infection Control Programme - The Lancet - 14 oct 2000;356(9238): p.1307-1312

[5] Stevens MP, Hunter JD, Ober R, Bearman MPH, Edmond M - Watching Them Wash: Description of a Hand Hygiene Observation Program. Infection Control and Hospital Epidemiology. Février 2010;31(2): p.198-199.

[6] Tavoracci MP, Marini H, Vanheste S, Merle V, Coulon AM, Micaud G, et al. - A voluntary ingestion of alcohol-based hand rub - J Hosp Infect - 2007; 66(1):86-7

[7] 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 - 1 juin 2003 ; 36(11): p.1383-1390

[8] Voss A, Widmer AF. - No time for handwashing! Handwashing versus alcoholic rub: can we afford 100% compliance? - Infect Control Hosp Epidemiol - 1997; 18(3): p.205-208

TEXTES OFFICIELS :

[9] Bulletin Officiel n°2001-52 ; Avis du comité technique national des infections nosocomiales du 5 décembre 2001 sur la place de la friction hydro-alcoolique dans l'hygiène des mains lors des soins

[10] Code de la Santé Publique - Article R4127-304 alinéa 1 relatif au code de déontologie des sages-femmes

[11] Circulaire N° DGS/SD5C - DHOS/E2/2005/384 du 11 août 2005 relative à la stratégie nationale d'audit des pratiques en hygiène hospitalière.

[12] Décision n° 2007.10.035/EPP du 7 novembre 2007 relative aux modalités de mise en œuvre de l'évaluation des pratiques professionnelles (J.O. 3 Janvier 2008)

[13] Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles

[14] Décret n° 2011-2117 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des sages-femmes. (J.O. 1 Janvier 2012)

[15] Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, article L.4133-1-1. (J.O. 17 Août 2004)

[16] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ; article 59. (J.O. 27 juillet 2009)

DOCUMENTS NON PUBLIES :

Recommandations :

[17] L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé - Haute Autorité de Santé - Juin 2005

[18] Liste positive des désinfectants – Société Française d'Hygiène Hospitalière - Juin 2009

[19] Recommandations pour l'hygiène des mains - Société Française d'Hygiène Hospitalière - Juin 2009, p.171-173

[20] Recommandations sur l'utilisation des produits hydro-alcooliques - Société Française d'Hygiène Hospitalière - 2002

[21] Réussir un audit clinique et son plan d'amélioration - Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé - Juin 2003

Audits cliniques :

[22] Rapport d'audit "Hygiène des mains" Partie I Observance/Pertinence - Groupe d'Évaluation des Pratiques en Hygiène Hospitalière - Février 2011

[23] Rapport d'audit de pratiques "Hygiène des mains" Partie II - Groupe d'Évaluation des Pratiques en Hygiène Hospitalière - Mai 2012

SITES INTERNET :

[24] Avis du Centre de Référence sur les Agents Tératogènes à propos des solution hydro-alcooliques

Disponible sur: <http://www.lecrat.org/articleSearchSaisie.php3>

(consulté le 1 février 2014)

[25] Institut de Veille Sanitaire (InVS). Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissements de santé – Mai/Juin 2012

Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2013/Enquete-nationale-de-prevalence-des-infections-nosocomiales-et-des-traitements-anti-infectieux-en-etablissements-de-sante-France-mai-juin-2012> (consulté le 25 février 2014)

[26] Laboratoire Anios – Catalogue des produits relatifs à l'hygiène des mains

Disponible sur: http://www.anios.com/images/stories/catalogues/FR/professions-medicales/anios_hygienemains.pdf (consulté le 30 Mars 2014)

[27] Ministère des Affaires sociales et de la Santé. ICSHA 2 : indicateur de volume de produits hydro-alcooliques consommé

Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/icsha-indicateur-de-volume-de-produits-hydro-alcooliques-consomme.html> (consulté le 3 février 2014)

[28] Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Mission Mains Propres

Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/mission-mains-propres.12848.html>

(consulté le 25 Janvier 2014)

[29] Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008

Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/programme-national-de-lutte-contre-les-infections-nosocomiales-2005-2008.html>

(consulté le 2 février 2014)

[30] Organisation Mondiale de la Santé. WHO - About SAVE LIVES: Clean your hands - 2009

Disponible sur: <http://www.who.int/gpsc/5may/background/en/>

(consulté le 3 février 2014)

[31] Organisation Mondiale de la Santé. WHO - Un soin propre est un soin plus sûr

Disponible sur: http://www.who.int/gpsc/5may/tools/workplace_reminders/fr/

(consulté le 24 janvier 2014)

[32] Solutions hydroalcooliques et les gels hydro-alcooliques

Disponible sur: <http://www.solution-hydroalcoolique.net/>

(consulté le 10 janvier 2014)

ANNEXES :

- I :** Grille d'observation de notre audit clinique
- II :** Questionnaire posé aux sages-femmes lors de notre audit clinique
- III :** Les 7 étapes de la friction avec une solution hydro-alcoolique (protocole du CLIN)
- IV :** Affiche pour la campagne "Mission Mains Propres"
- V :** Graphique représentant la diminution du taux de mortalité par fièvre puerpérale

ANNEXES

Annexe I : Grille d'observation de notre audit clinique

Hygiène des mains		Moment de la friction (cocher une seule case)						Isolement	
Par SHA	Par savon doux ou antiseptique	Sortie de chbr	Avant un soin	Après un soin	Entre 2 soins	Entre 2 chbres			
OUI	NON	OUI	NON				OUI	NON	

Date : /12/13
 Secteur : Jour Nuit
 Année de diplôme :
 Début d'observation : ...h...
 Fin d'observation : ...h...

Contexte	Charge de W	Moment de la friction (1 réponse)	≥ 2 pressions	Zones frictionnées	Durée friction (en secondes)	Mains sèches en fin de friction
F1 Urgence Pas d'urgence	Faible Normale Intense	- Av. Après un soin - Entre deux soins - En rentrant sortant d'une chambre - Entre deux chambres	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Paumes <input type="checkbox"/> Intercitex <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Ongles <input type="checkbox"/> Dents <input type="checkbox"/> Pouces <input type="checkbox"/> Poignets <input type="checkbox"/>	≤ 10 <input type="checkbox"/> ≤ 20 <input type="checkbox"/> ≥ 30 <input type="checkbox"/> ≥ 30 <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
F2 Urgence Pas d'urgence	Faible Normale Intense	- Av. Après un soin - Entre deux soins - En rentrant sortant d'une chambre - Entre deux chambres	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Paumes <input type="checkbox"/> Intercitex <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Ongles <input type="checkbox"/> Dents <input type="checkbox"/> Pouces <input type="checkbox"/> Poignets <input type="checkbox"/>	≤ 10 <input type="checkbox"/> ≤ 20 <input type="checkbox"/> ≥ 30 <input type="checkbox"/> ≥ 30 <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
F3 Urgence Pas d'urgence	Faible Normale Intense	- Av. Après un soin - Entre deux soins - En rentrant sortant d'une chambre - Entre deux chambres	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Paumes <input type="checkbox"/> Intercitex <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Ongles <input type="checkbox"/> Dents <input type="checkbox"/> Pouces <input type="checkbox"/> Poignets <input type="checkbox"/>	≤ 10 <input type="checkbox"/> ≤ 20 <input type="checkbox"/> ≥ 30 <input type="checkbox"/> ≥ 30 <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
F4 Urgence Pas d'urgence	Faible Normale Intense	- Av. Après un soin - Entre deux soins - En rentrant sortant d'une chambre - Entre deux chambres	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Paumes <input type="checkbox"/> Intercitex <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Ongles <input type="checkbox"/> Dents <input type="checkbox"/> Pouces <input type="checkbox"/> Poignets <input type="checkbox"/>	≤ 10 <input type="checkbox"/> ≤ 20 <input type="checkbox"/> ≥ 30 <input type="checkbox"/> ≥ 30 <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
F5 Urgence Pas d'urgence	Faible Normale Intense	- Av. Après un soin - Entre deux soins - En rentrant sortant d'une chambre - Entre deux chambres	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Paumes <input type="checkbox"/> Intercitex <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Ongles <input type="checkbox"/> Dents <input type="checkbox"/> Pouces <input type="checkbox"/> Poignets <input type="checkbox"/>	≤ 10 <input type="checkbox"/> ≤ 20 <input type="checkbox"/> ≥ 30 <input type="checkbox"/> ≥ 30 <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

« Questionnaire HDM »

Pré-requis à l'HDM: Mains visiblement mouillées et ou souillées : Oui / Non

1) Sur quel(s) type(s) d'organisme(s) agissent les SHA?

2) Sur quels microorganismes sont-ils inefficaces ?

3) Connaissez-vous la durée minimum d'une friction avec une solution hydro-alcoolique ?

4) Connaissez-vous la durée de conservation d'une solution hydro-alcoolique après ouverture du flacon ?

5) Avez-vous déjà participé à une formation sur l'hygiène des mains ? Oui Non

6) Si oui, depuis quand ?

7) Par qui ?

8) Avez-vous déjà évalué votre friction SHA avec une boîte pédagogique ? Oui Non

9) Connaissez-vous la SF correspondante en hygiène de la maternité ? Oui Non

10) Connaissez-vous le protocole de désinfection des mains / Friction SHA du CHU ? Oui Non

11) Connaissez-vous la journée mondiale pour l'hygiène des mains ? Oui Non

12) Si oui, y avez-vous déjà participé ? Oui Non

13) Connaissez-vous la signification des initiales ICSHA ? Oui Non Incomplet

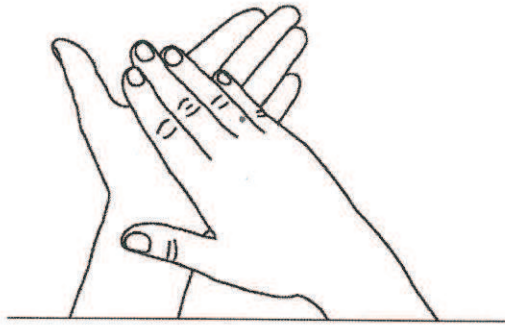
14) Connaissez-vous l'utilité de cet ICSHA ? Oui Non

Avants Bras dégagés	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Ongles courts	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Ongles sans vernis french manucure	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Mains sans bagues et ou alliance	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Poignets sans montre et ou bracelet	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Annexe III :

Les 7 étapes de la friction avec une solution hydro-alcoolique (protocole du CLIN)

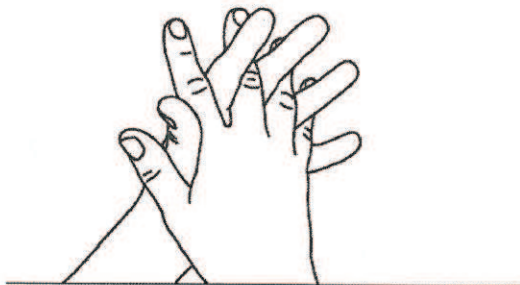
La friction est réalisée en 7 points et renouvelée autant de fois que possible dans la durée impartie.
Cette durée sera d'au moins 20 secondes et à définir en fonction du produit.



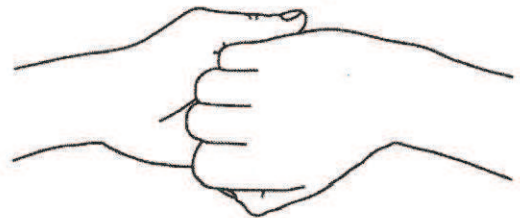
1 Paume sur paume
Désinfection des paumes



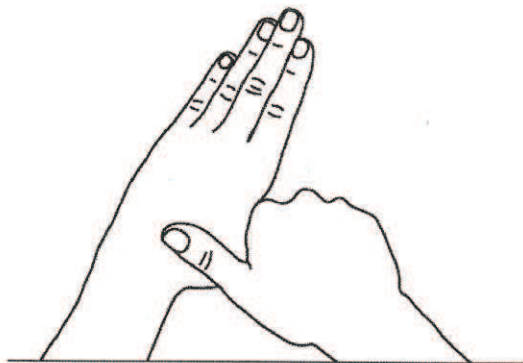
2 Paume sur dos
Désinfection des doigts
et des espaces interdigitaux



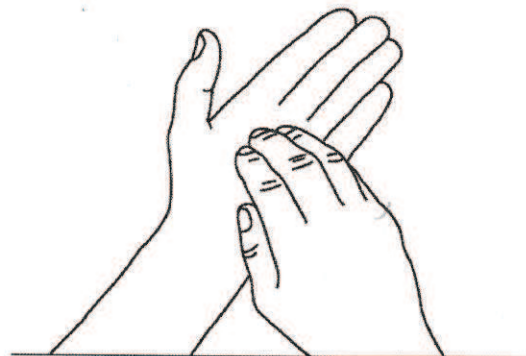
3 Doigts entrelacés
Désinfection des espaces
interdigitaux et des doigts



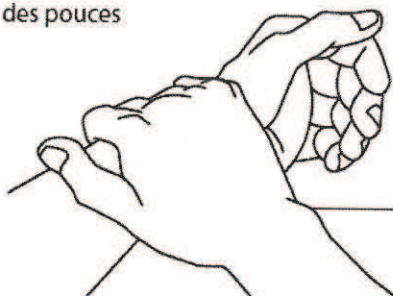
4 Paume/doigts
Désinfection des doigts



5 Pouces
Désinfection des pouces



6 Ongles
Désinfection des ongles



7 Poignets



MISSION MAINS PROPRES !!!

DES MAINS
DÉSINFECTÉES
=
DES RISQUES
ÉVITÉS !!!

Les **INCONTOURNABLES**
de l'hygiène des mains

- Manches courtes ou relevées
- Mains et poignets sans bijou
(ni alliance, ni montre...)
- Ongles courts sans vernis

LES + DE LA FRICTION HYDRO-ALCOOLIQUE DES MAINS

+ SIMPLE	Un produit disponible à tout moment, pas besoin de point d'eau avec équipement.
+ RAPIDE	30 secondes, c'est le temps d'une friction des mains.
+ EFFICACE	Plus efficace que le lavage des mains, actif sur la plupart des micro-organismes.
+ TOLÉRÉE	La friction adoucit les mains, les savons les irritent facilement.

Ministère de la Santé et des Sports



LIBERTÉ - ÉGALITÉ - FRATERNITÉ
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

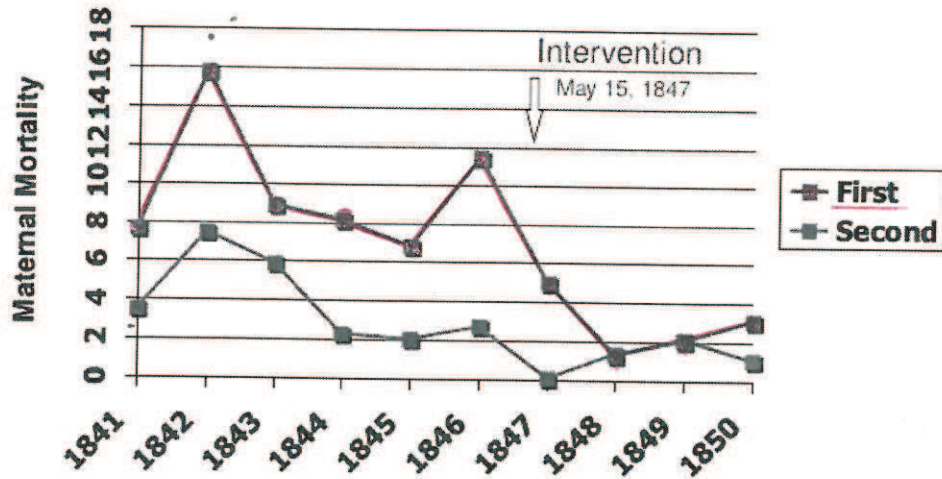
www.sante-sports.gouv.fr

L'Agence Nationale pour le Développement de la Santé et des Sports

Annexe V :

Graphique représentant la diminution du taux de mortalité par fièvre puerpérale

**Taux de mortalité maternelle,
« First and Second Obstetrics Clinics »,
HOPITAL GENERAL de VIENNE, 1841-1850**



Pittet D, Boyce J. *Lancet Infect Dis* 2001; April :9-20

Semmelweis IP, 1861