

# Audit des pratiques : gestes d'hygiène des mains des sages-femmes au bloc obstétrical

Laurie Tenaud

► **To cite this version:**

Laurie Tenaud. Audit des pratiques : gestes d'hygiène des mains des sages-femmes au bloc obstétrical. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-01142911

**HAL Id: dumas-01142911**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01142911>**

Submitted on 16 Apr 2015

**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.



**SICD1**  
Bibliothèques  
de l'UJF et de Grenoble INP

**Université  
Joseph Fourier**   
GRENoble  
**MEDECINE**

## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER  
U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

**DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE**

**AUDIT DES PRATIQUES :  
GESTES D'HYGIENE DES MAINS DES SAGES-FEMMES AU  
BLOC OBSTETRICAL**

Mémoire soutenu le : 1<sup>er</sup> Septembre 2014

Par : TENAUD Laurie  
Née le 22 Avril 1991

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

2014

# REMERCIEMENTS

Je remercie les membres du jury :

**Mme le Dr Véronique EQUY**, PH en Gynécologie Obstétrique au Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble, Présidente du jury ;

**Mme le Dr Catherine THONG-VANH**, PH en Gynécologie Obstétrique au Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble, médecin invité ;

**Mme Nadine VASSORT**, Sage-femme Enseignante, cadre supérieur à l'Ecole de Sages-femmes de Grenoble, Représentante de la Directrice Mme Chantal SEGUIN ;

**Mme Claire BAUDON**, Sage-femme Enseignante à l'Ecole de Sages-femmes de Grenoble, Guidante de ce mémoire ;

**Mr Christophe THOMAS**, Sage-femme au Centre Hospitalier de Valence, Sage-femme invité.

Je remercie plus particulièrement,

**Mme le Dr Marie-Reine MALLARET**, MCU-PH en Hygiène Hospitalière et Gestion des Risques  
au Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble, Directrice de ce mémoire,  
*pour m'avoir accompagnée tout au long de l'élaboration de ce travail, pour sa disponibilité et  
ses conseils précieux ;*

**Mme Claire BAUDON**, Sage-femme Enseignante à l'Ecole de Sages-femmes de Grenoble,  
Guidante de ce mémoire,  
*pour son aide et son soutien ;*

**L'ensemble des Sages-femmes** travaillants au sein de l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble,  
*pour avoir participé à cette étude et m'avoir accueillie au sein de leur service ;*

**Mme Sophie JOURDAN**, Sage-femme Enseignante à l'Ecole de Sages-femmes de Grenoble,  
Référente de la promotion 2010-2014,  
*Pour m'avoir apprise à rechercher en nous le meilleur ;*

**Ma famille et mes proches**,  
*pour leur bonne humeur et leur motivation ;*

**Billy**,  
*pour sa bienveillance et sa patience.*

# Table des matières

ABREVIATIONS .....	1
I. INTRODUCTION .....	2
1) Aspect général .....	2
1.1) Contexte actuel .....	2
1.2) Historique .....	3
2) Problématique .....	3
3) Hypothèses et objectifs .....	3
II. POPULATION ET METHODE .....	4
1) Type et site de l'étude .....	4
2) Population, critères d'inclusion et d'exclusion .....	4
3) Référentiel .....	4
4) Recueil de données .....	5
5) Critères de jugement .....	6
6) Analyses statistiques.....	7
III. RESULTATS .....	8
1) Population.....	8
2) Observance des gestes d'hygiène des mains selon les recommandations de l'OMS ....	8
2.1) Observance globale .....	8
2.2) Observance en fonction du moment par rapport au soin.....	9
2.3) Observance en fonction de la situation observée .....	10
2.4) Observance en fonction de l'horaire de travail .....	11
2.5) Observance en fonction de la charge de travail .....	12
3) Place du GHA dans l'hygiène des mains.....	13
IV. DISCUSSION .....	15
1) Les limites de l'étude .....	15
1.1) Manque de puissance.....	15
1.2) Type de l'étude .....	15
2) Résultats .....	16
2.1) Caractéristiques de la population étudiée .....	16

2.2) Comparaison avec les résultats de la littérature .....	16
3) Facteurs liés à l'environnement de travail.....	20
4) Perspectives .....	20
V. CONCLUSION .....	21
BIBLIOGRAPHIE .....	22
ANNEXES .....	24

## **ABREVIATIONS**

C-CLIN : Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales

CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

ERCF : Enregistrement du Rythme Cardiaque Fœtal

FHA : Friction Hydro Alcoolique

GHA : Gel Hydro Alcoolique

HCE : Hôpital Couple Enfant

IAS : Infection Associée aux Soins

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SHA : Solution Hydro-Alcoolique

TV : Toucher Vaginal

VVP : Voie Veineuse Périphérique



# I. INTRODUCTION

## 1) Aspect général

### 1.1) Contexte actuel

Une infection est considérée comme Infection Associée aux Soins (IAS) si elle survient au cours ou au décours d'une prise en charge (diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative) d'un patient et si elle n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge. Désormais l'infection nosocomiale est intégrée dans les IAS. [1].

Les infections nosocomiales sont fréquentes : elles touchent 1 patient sur 20 [2] et engendrent des coûts humains et matériels importants.

Or un grand nombre de germes responsables de ces infections sont véhiculés par les mains.

Dès 1846, Ignace Semmelweis obstétricien à la maternité de Vienne constate que les parturientes, examinées par les étudiants en médecine sortants de la salle d'autopsie, décédaient souvent de complications septiques en post-partum. Il en conclut que les particules cadavériques adhérentes aux mains des étudiants possèdent la propriété d'engendrer des fièvres. Il impose alors à tous le lavage des mains avant de pratiquer les touchers vaginaux, et la mortalité chute de 27% à 0,23%. Il démontre alors avant les travaux de Pasteur, que les mains par leur seul contact pouvaient être infectantes [3]. Déjà l'hygiène des mains est la première mesure de prévention du risque infectieux associé aux soins [4].

Ainsi, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) préconise de se laver les mains par friction en 7 temps (annexe 1), au savon et à l'eau lorsqu'elles sont visiblement sales ou souillées et avec une Solution Hydro-Alcooliques (SHA) dans toutes les autres situations. Associé à ces mesures il est recommandé de ne pas porter de bijoux, de faux ongles ou vernis et d'avoir une tenue de travail à manches courtes [5].

## 1.2) Historique

En 1846 Ignace Semmelweis démontre que les mains pouvaient être infectantes [3], puis en 1867 Joseph Lister invente le concept d'asepsie en associant le lavage des mains et la vaporisation d'acide phénique sur les plaies pour détruire les germes.

Enfin c'est en 1874 que cette méthode sera rapportée en France par Just Lucas-Championnière et sera adoptée par les obstétriciens Stéphane Tarnier et Paul Bar.

Depuis la fin de la 2ème guerre mondiale, les produits hydro-alcooliques existent déjà aux Etats-Unis mais n'apparaissent en France que dans les années 90. C'est sous l'impulsion des CLIN (Centre de Lutte contre les Infections Nosocomiales) que se généralise la procédure de désinfection des mains par une solution hydro-alcoolique en milieu hospitalier.

## 2) Problématique

Nous nous sommes intéressés au respect par les sages-femmes des recommandations faites par l'OMS et nous avons constaté qu'il existait très peu d'audits concernant la profession. C'est pourquoi nous avons souhaité réaliser cette étude au sein de l'Hôpital Couple Enfant (HCE) de Grenoble.

## 3) Hypothèses et objectifs

Notre objectif principal est de mesurer le taux d'observance d'hygiène des mains des sages-femmes au bloc obstétrical.

Nos objectifs secondaires sont dans un premier temps de définir des facteurs pouvant impacter l'observance, puis de déterminer la place de la friction hydro alcoolique dans l'hygiène des mains.

## II. POPULATION ET METHODE

### 1) Type et site de l'étude

Il s'agit d'une étude descriptive prospective mono centrique transversale menée au sein du bloc obstétrical de la maternité de type III de l'Hôpital Couple-Enfant situé à la Tronche (38).

### 2) Population, critères d'inclusion et d'exclusion

Ont été éligibles les sages-femmes travaillant au bloc obstétrical de l'HCE ayant pris en charge une patiente venue pour une consultation en rapport avec sa grossesse.

Les étudiants sage-femme ont été exclus.

Nous avons présenté cette étude comme un audit portant sur la sécurité des soins en général, dans le but de garder nos objectifs et nos critères de jugement inconnus des sages-femmes participant à l'étude pour ne pas influencer leur pratique professionnelle.

### 3) Référentiel

Afin de déterminer les moments adéquats pour un lavage des mains en milieu hospitalier, nous définissons plusieurs concepts [4] :

**Une opportunité** d'hygiène des mains est une indication, une raison ou une occasion de faire un geste d'hygiène des mains.

**L'observance** de l'hygiène des mains est la réalisation d'une hygiène des mains lors d'une opportunité.

**La pertinence** de l'hygiène des mains est l'adéquation entre l'opportunité observée et le type d'hygiène des mains choisi (à savoir : la friction hydro-alcoolique ou le lavage simple).

## 4) Recueil de données

Dès son admission au bloc obstétrical, le parcours de la patiente a été divisé en trois parties :

- L'accueil
- La salle de pré travail
- La salle de naissance

Au sein de ces parties, 6 opportunités d'hygiène des mains ont été retenues :

### **A l'accueil :**

- Une consultation d'entrée (comprenant l'interrogatoire et l'examen clinique)

### **En salle de pré-travail :**

- Une pose de voie veineuse périphérique (VVP)
- La pose d'un monitoring pour un Enregistrement du Rythme Cardiaque Foetal (ERCF)

### **En salle de naissance :**

- Un toucher vaginal (TV)
- Un sondage urinaire
- Une toilette intime

Les gestes d'hygiène des mains que nous avons observés sont la friction hydro-alcoolique et le lavage simple.

Lorsque l'observance et/ou la pertinence d'une opportunité ont été notées comme indéterminées, la situation de soin observée à été exclue de l'étude.

La période d'observation s'est déroulée du 15 aout au 20 novembre de l'année 2013.

Les données à l'inclusion ont été recueillies de façon prospective par une personne (moi-même) présente en tant que simple observatrice lors de permanences quotidiennes de 3 à 4 heures au bloc obstétrical.

La personne réalisant l'observation n'a pas suivi le travail des patientes et n'a participé à aucun soin clinique ou para clinique. De plus, il convenait de n'observer qu'une seule sage-femme par permanence afin de suivre le parcours de celle-ci avant les soins pour juger de la pertinence du type d'hygiène des mains choisi.

Lorsqu'une opportunité se présentait, l'observateur complétait un bordereau de recueil comprenant les différents critères d'observation. Ce dernier décrivait, d'une part les caractéristiques de la sage-femme observée, la charge de travail au moment du soin et, d'autre part la conformité de l'hygiène des mains attendu selon les recommandations de l'OMS.

Notre bordereau contenait les variables suivantes:

- Date et heure de l'observation
- Année de diplôme de la sage-femme
- Ancienneté au sein de l'HCE
- Charge de travail au bloc obstétrical au moment de l'observation
- Numéro de la situation observée
- Port de bijoux type bracelet ou bague ?
- A-t-on eu une hygiène des mains avant/après le soin ?
- Type d'hygiène choisi avant/après

Lorsque plusieurs situations se succédaient (une toilette intime et un sondage urinaire par exemple), il n'existait pas d'opportunité entre les deux gestes dès lors que les mains n'étaient pas souillées. L'hygiène des mains des deux situations se regroupaient alors en deux opportunités encadrant le soin dans sa globalité.

## 5) Critères de jugement

Pour notre objectif principal, le critère de jugement était le taux d'observance globale des gestes d'hygiène des mains effectués par les sages-femmes.

Pour nos objectifs secondaires, les critères de jugement étaient le taux d'observance de ces gestes en fonction :

- du moment par rapport au soin
- de la situation observée
- de l'horaire de travail (matin : 7h -13h ou après-midi : 13h01-19h)
- de la charge de travail

Ainsi que le taux d'utilisation du GHA dans les situations où il était indiqué.

## **6) Analyses statistiques**

Le traitement et l'analyse des données ont été réalisés grâce aux logiciels StatView et Microsoft Excel.

Les variables qualitatives ont été décrites par les effectifs et les proportions. Les variables quantitatives n'ayant pas une distribution gaussienne, ont été décrites par les médianes et l'espace interquartile.

L'analyse de certaines données a été réalisée par comparaison de pourcentages (test statistique du Chi<sup>2</sup>).

## III. RESULTATS

### 1) Population

Vingt et une sages-femmes ont été observées durant la période du 15 aout au 20 novembre 2013.

Les caractéristiques de ces professionnels de santé ont été décrites par le tableau I :

	<b>Population totale</b> (n=21)
<b>Nb d'années de pratique</b> (m, 25ème-75ème)	4 (1,75-7,5)
<b>Ancienneté dans l'établissement en années</b> (m, 25ème-75ème)	3 (1-6)
<b>Port de bijoux (mains et poignets)</b> (n, %)	0 (0%)

La population est principalement composée de jeunes sages-femmes ayant moins de 5 ans d'expérience et d'ancienneté dans l'établissement.

L'interdiction de porter des bagues ou des bracelets à été totalement respectée.

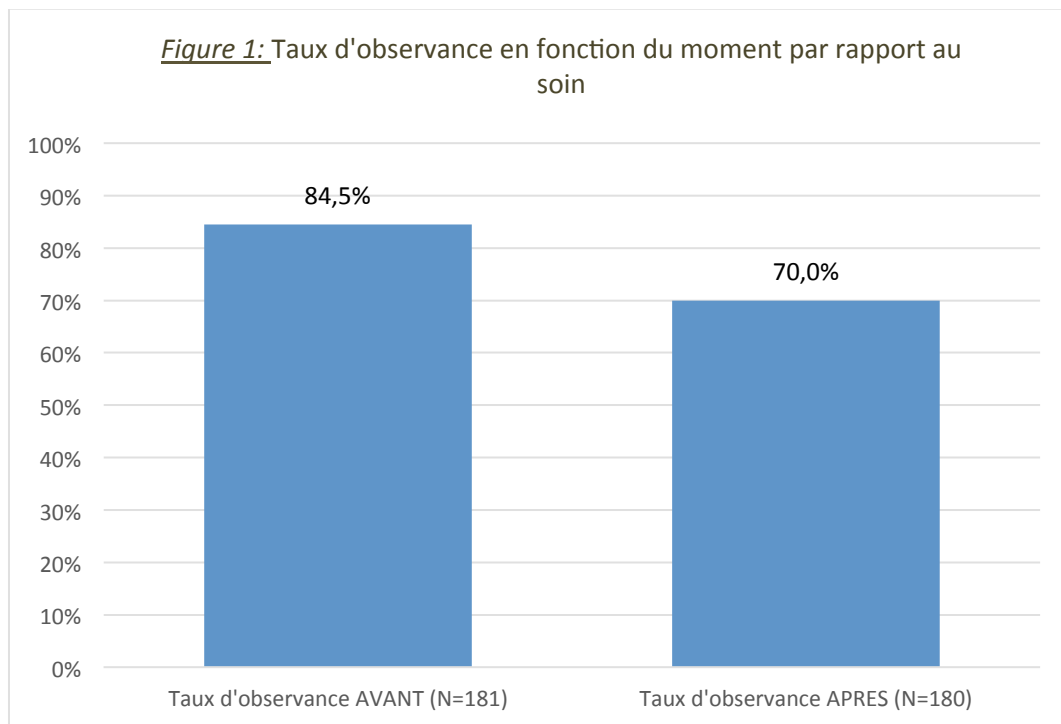
### 2) Observance des gestes d'hygiène des mains selon les recommandations de l'OMS

#### 2.1) Observance globale

Pour toutes les opportunités confondues, le taux d'observance des gestes d'hygiène des mains est de 77,3% (n=279/361).

## 2.2) Observance en fonction du moment par rapport au soin

Conformément aux objectifs secondaires, nous avons étudié l'observance des gestes d'hygiène des mains selon que l'opportunité précède ou suit le soin apporté à la parturiente. Nous avons recueilli 181 opportunités avant le soin et 180 après. Les taux d'observance de l'hygiène des mains avant et après le soin sont reportés dans l'histogramme *figure 1*.



Il apparait que l'observance avant le soin atteint un taux de 84,5% (n=153/181) contre 70% (n=126/180) après le soin. L'étude du Chi 2 des variables « observance » et « moment par rapport au soin » permet d'affirmer avec un risque d'erreur inférieur à 1% qu'il existe une différence statistiquement significative entre l'observance de l'hygiène des mains avant et après le soin ( $p < 0,01$ ).



## 2.3) Observance en fonction de la situation observée

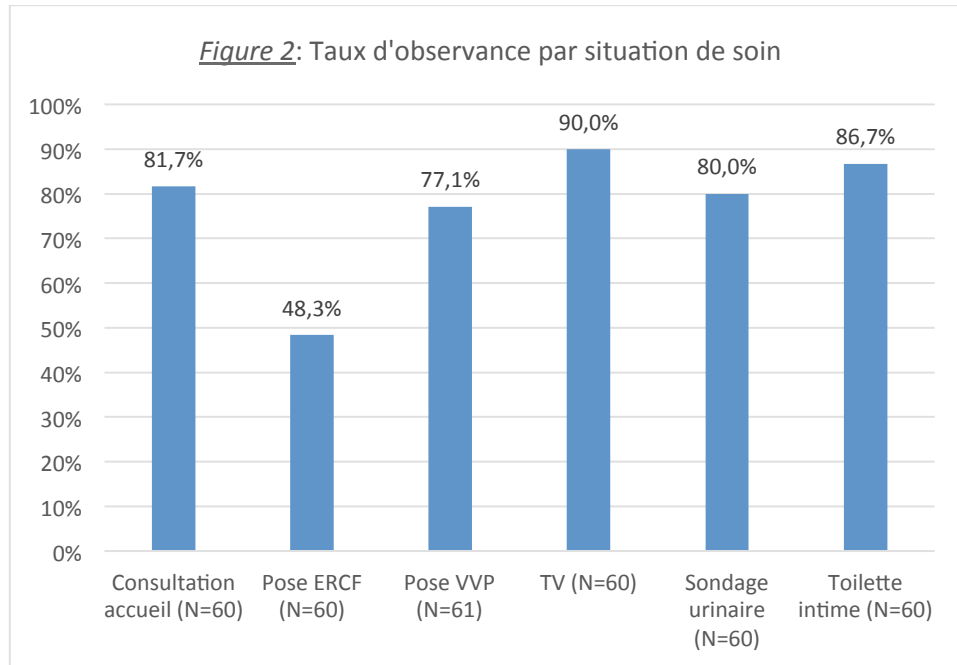
Nous avons également cherché à savoir si la situation de soin pouvait être un facteur impactant l'observance de l'hygiène des mains. Dans la majeure partie des cas, le taux d'observance est proche de 80%.

On note 81,7% (n=49) pour les consultations d'accueil, 77,1% (n=47) pour les poses de VVP, 80,0% (n=48) pour les sondages urinaires, 86,7% (n=52) pour les toilettes intimes. Le taux maximal est atteint pour les TV avec un taux de 90,0% (n=54) contre un minimum de 48,3% (n=29) pour les poses d'ERCF.

	Observance n (%)	Total (N=100%)	p value (5ddl)
<u>Situations</u>			
Consultation accueil	49 (81,7%)	60	
Pose ERCF	29 (48,3%)	60	
Pose VVP	47 (77,1%)	61	
Toucher vaginal	54 (90,0%)	60	< 0,01
Sondage urinaire	48 (80,0%)	60	
Toilette intime	52 (86,7%)	60	
Total	279 (77,3%)	361	

L'étude du Chi2 des variables « observance » et « situations » permet d'affirmer avec un risque d'erreur inférieur à 1% (**p<0,01**) que cette répartition inégale n'est pas le fruit du hasard et que l'observance varie significativement en fonction de la situation. L'observance et la situation de soin sont donc interdépendantes l'une de l'autre.

La répartition du taux d'observance en fonction des situations est représentée par la *figure 2*.

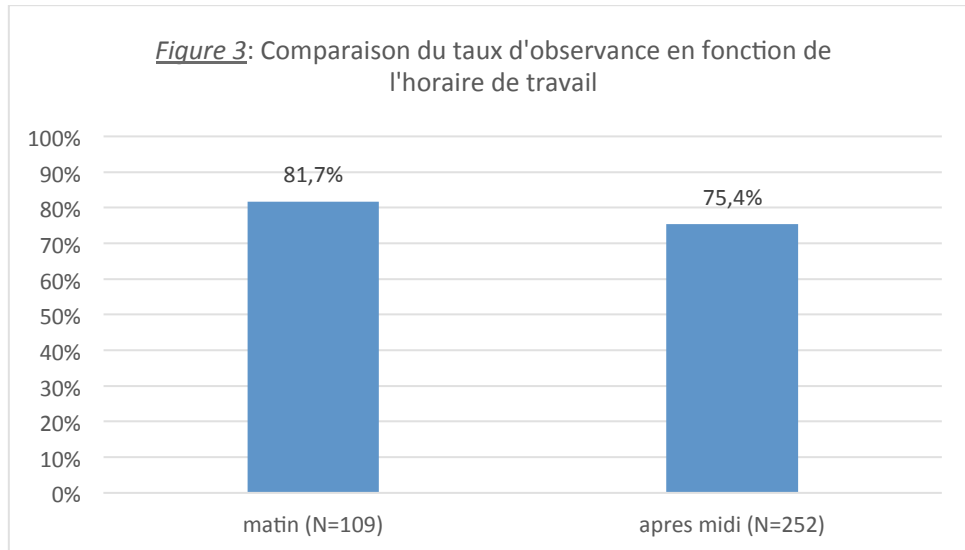


## 2.4) Observance en fonction de l'horaire de travail

Rappelons que nous avons découpé la journée en deux : Le matin de 07h à 13h (N=109 opportunités) et l'après-midi de 13h01 à 19h (N=252 opportunités).

Le taux d'observance de la matinée est de 81,7% (n=89/109) contre 75,4% (n=190/252) l'après-midi. L'analyse du Chi2 des variables « observance » et « matin ou après-midi » ne nous permet pas de mettre en évidence une différence statistiquement significative entre l'observance du matin et celle de l'après-midi dans la population étudiée (**p=0,19**).

La répartition des taux d'observance en fonction de l'horaire de travail est représentée par la *figure 3*.

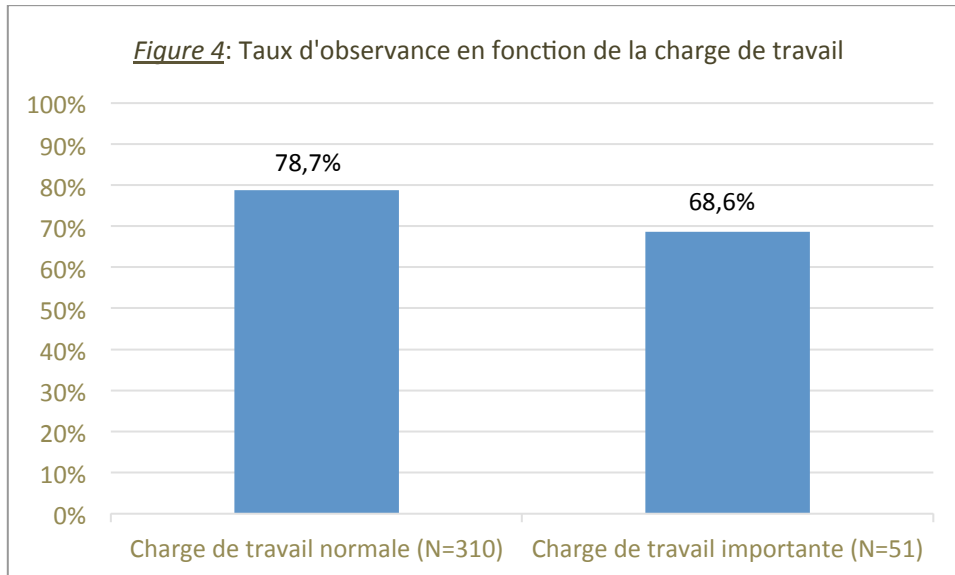


## 2.5) Observance en fonction de la charge de travail

Nous avons défini deux groupes : D'un coté les gardes très calmes et calmes (N=310 opportunités) et de l'autre les gardes soutenues et les situations d'urgence (N=51 opportunités).

Le taux d'observance lors des gardes calmes est de 78,7% (n=244/310) contre 68,6% (n=35/51) lors de gardes avec une activité soutenue ou en situation d'urgence. L'analyse du Chi2 des variables « observance » et « charge de travail » ne permet pas de conclure à une différence statistiquement significative entre l'observance de gardes calme ou avec une activité importante (**p=0,11**).

La répartition du taux d'observance en fonction de la charge de travail est représentée par la *figure 4*.



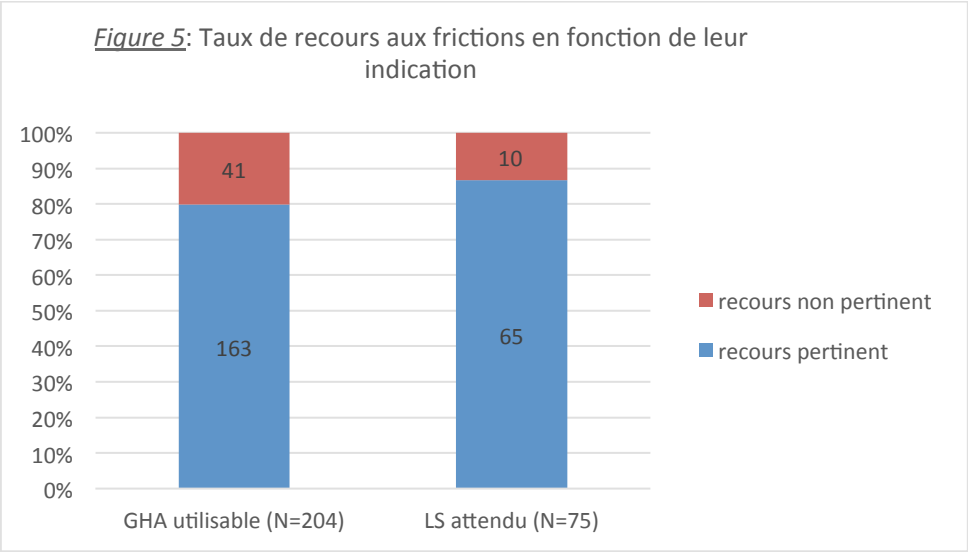
### 3) Place du GHA dans l'hygiène des mains

Pour répondre à notre dernier objectif secondaire, nous avons calculé le taux de recours à la friction. Ainsi, parmi les 279 opportunités où l'hygiène des mains a été réalisée, le GHA a été utilisé dans 62,0% des cas (n=173/279).

Le GHA était utilisable dans 204 situations, à savoir lorsque les mains étaient visuellement propres, et a été utilisé dans 163 situations soit un taux de pertinence de 79,9% (n=163/204) des cas. Dans les 41 autres situations où le GHA était utilisable, c'est un lavage simple des mains qui a été réalisé.

Le lavage simple des mains quand à lui était attendu dans 75 opportunités, et a été réalisé 65 fois soit un taux de pertinence de 86,7% (n=65/75) des cas. Dans 10 situations où il était indiqué, c'est le GHA qui a été utilisé.

La répartition des gestes en fonction de l'hygiène attendue est représentée par la *figure 5*.



## **IV. DISCUSSION**

### **1) Les limites de l'étude**

#### **1.1) Manque de puissance**

Parmi les 70 sages-femmes embauchées à la maternité de l'HCE de Grenoble, seulement 21 (soit 30%) ont été observées au cours de cette étude. En effet, les affectations par services changent tous les 4 à 6 mois. Nous avons donc apprécié le travail d'une seule équipe sur une période d'observation de 4 mois.

De plus, cet audit ayant été mené uniquement au sein du bloc obstétrical, nous n'avons analysé que l'activité des sages-femmes qui se déroule en salle de naissance. Rappelons qu'une sage-femme hospitalière de classe normale ou supérieure peut également travailler au sein des services de consultations, d'hospitalisation des grossesses à haut risque, de suites de couches, et d'hospitalisation à domicile.

#### **1.2) Type de l'étude**

L'étude prospective a permis d'observer ce qui se passait directement au bloc obstétrical lorsqu'une situation de soin se présentait ce qui permet d'éviter le biais de sélection. Cependant cette méthodologie nécessite la présence d'une tierce personne ce qui tend forcément à modifier les pratiques des sages-femmes observées. La présence de l'observateur est néanmoins entrée dans les habitudes du service un mois après le début de l'étude. Afin d'éviter un biais déclaratif, l'étude a été présentée comme un audit portant sur la sécurité des soins en général et les professionnels observés ne savaient pas que les observations portaient sur l'hygiène des mains.

La deuxième limite que l'on peut relever avec cette méthodologie est propre à l'observateur. En effet celui-ci, humain, peut évaluer les situations à travers sa subjectivité propre et ses idées reçues. C'est pourquoi il est nécessaire de rester dans l'observation et d'être totalement impartial même si parfois les résultats obtenus diffèrent de ceux attendus.

Le devoir d'objectivité inhérent à ce genre d'étude permet de rendre négligeable la part d'influence de l'observateur.

## **2) Résultats**

### **2.1) Caractéristiques de la population étudiée**

Notre effectif est composé de 21 sages-femmes. Une sage-femme pouvait être observée sur plusieurs situations de soin et plusieurs fois sur une même situation. Cet audit étant anonyme, nous ne sommes pas en mesure de déterminer si une personne a été observée un plus grand nombre de fois que les autres. Donc si une sage-femme très observante a été évaluée plus souvent, le taux d'observance globale pourrait être surestimé. Cependant, la présence quotidienne de l'observateur pendant 4 mois et le choix aléatoire de la sage-femme évaluée tend à minimiser le biais de sélection.

Dans un deuxième temps, nous remarquons que la plupart des sages-femmes de l'étude ont moins de 5 ans d'expérience.

Les observations faites dans cette étude et les conclusions qui en sont tirées sont propres à cet échantillon de population et n'ont pas vocation à être extrapolées dans un cadre élargi, notamment pour une équipe comportant une majorité de sages-femmes avec une plus grande ancienneté.

### **2.2) Comparaison avec les résultats de la littérature**

#### *2.2.1) Observance globale*

Dans cette étude, nous atteignons un taux d'observance globale de 77,3% ce qui est satisfaisant au vu des données de la littérature : Pour toutes les catégories professionnelles confondues, Pittet obtient un taux de 48% [6], Albert et al atteignent 41% [7].

Le CCLIN Sud-Est quand à lui a recueilli un taux d'observance de 69,4% chez les sages-femmes [8].

Gardons à l'esprit que ces résultats sont sûrement surestimés par la méthode choisie pour cet audit. En effet, Eckmanns a mis en évidence une augmentation de 55% de l'observance de l'hygiène des mains lorsque le personnel se savait observé par rapport à une étude antérieure où le personnel ne se savait pas observé [9]. De plus, rappelons que dans cette étude aucune observation nocturne n'a été réalisée.

### *2.2.2) En fonction du moment par rapport au soin*

Nous avons mis en évidence une différence de 17% entre le taux d'observance de l'hygiène des mains réalisée avant le soin (84,5%) et celui après le soin (70%). Cette analyse ne va pas dans le sens de la littérature. La plupart des études montrent que l'on se lave les mains plus souvent après le soin car la sensation d'avoir les mains sales est plus importante à ce moment et que le réflexe de se protéger prévaut [10].

Ainsi, on retrouve une observance de 65,9% avant le soin dans l'audit mené par le CCLIN Sud-Est et un taux de 74,2% après le soin [8]. L'étude menée par Denman S, Dwyer D, et Israel E met en évidence un taux d'observance avant le soin de 32% et de 64% après le soin [11].

Cependant certains auteurs rapportent des résultats concordants avec ceux de la présente étude avec un taux d'observance plus élevé avant le soin. Ainsi, l'audit multicentrique mené par le CCLIN Sud-Ouest obtient un taux de 68,8% avant le soin et de 67,7% après [12]. Celui du Centre de Santé et de Service Sociaux de la Lanaudière au Québec quand à lui relève un taux de 45,15% avant le soin et 33,86% après [13].

Ces chiffres sont donnés pour toutes les catégories professionnelles de santé confondues.

### *2.2.3) En fonction de la situation de soin*

Dans toutes les situations l'observance est proche de 80% sauf pour la pose d'ERCF où nous obtenons un taux de 48,3%. Cette différence pourrait s'expliquer par la nature du soin : Il s'agit ici d'un simple contact avec la peau de la patiente qui est la plupart du temps en bonne santé et présente une hygiène corporelle correcte. La sensation de mains sales est alors minimisée. Pourtant, le contact du patient et de son environnement fait partie des situations où l'OMS recommande une hygiène des mains [5].



#### *2.2.4) En fonction de l'horaire de travail*

Nos résultats vont dans le sens d'une meilleure observance le matin (81,7%) par rapport à l'après midi (75,4%) mais cette différence n'est pas significative sur le plan statistique. Nous pouvons évoquer un manque de puissance car 2/3 des opportunités se passent l'après-midi.

La principale faiblesse de cette partie de l'étude est liée au fait qu'il n'a pas été retenu de réaliser des observations pendant la nuit. Or il serait intéressant de comparer ces résultats car le travail nocturne est considéré comme intensif. Le rythme chrono-biologique souvent perturbé et l'état de vigilance pouvant être abaissé par la fatigue, une diminution du taux d'observance de l'hygiène des mains pourrait-être attendue.

Pittet relève parmi les facteurs qui tendent à diminuer l'observance, le travail le dimanche et les jours fériés [14]. Dans cette étude, le nombre d'observations faites pendant le week-end (n=17) n'a pas permis de comparer statistiquement le taux d'observance entre les jours de la semaine et le week-end (n<30 cas).

#### *2.2.5) en fonction de la charge de travail*

Les résultats sont en faveur d'une meilleure observance lors de gardes avec une charge de travail normale (78,7%) par rapport aux gardes avec une charge de travail soutenue ou lors de situations d'urgence (68,6%). Mais cette différence n'est pas statistiquement significative. Nous pouvons de nouveau évoquer un manque de puissance au vu du faible effectif des gardes avec une activité soutenue (n=51) vis-à-vis des gardes calmes (n=310).

Le deuxième biais que nous pouvons relever pour cette partie est un manque d'objectivité dans la définition de la charge de travail. Quand l'observateur arrive au bloc obstétrical, il prend connaissance du tableau d'occupation des salles pour avoir une estimation de l'activité. En réalité, la charge de travail n'est pas toujours corrélée au nombre de patientes présentes : En effet, il arrive qu'une seule situation pathologique soit très chronophage et mobilise plus de personnel au regard de l'enchaînement de plusieurs accouchements physiologiques.

### *2.2.6) Place du GHA*

Dans cette étude, le GHA a été utilisé dans 62,0% des cas. Le CCLIN Sud-Est quand à lui a relevé un taux de recours à la friction de 49,6% pour la catégorie professionnelle des sages-femmes [8].

Cependant, le taux de pertinence d'utilisation du GHA est de 79,9%. Le reste des opportunités a été réalisé avec un lavage simple des mains alors qu'une simple FHA suffisait. Ces résultats nous montrent la nécessité de rappeler aux sages-femmes les indications du GHA, car selon Pittet et al le bénéfice de temps et la tolérance cutanée accrue avec celui-ci sont des facteurs de meilleure observance [14] [15] [16].

Rappelons également que deux groupes de micro organismes sont présents sur les mains : La flore saprophyte, non pathogène et la flore transitoire comprenant les germes responsables d'infections nosocomiales par transmission croisée. Cependant, cette dernière est facilement éliminable par l'hygiène des mains et il a été démontré qu'une action plus rapide et plus efficace était obtenue avec le GHA [15].

Enfin au cours de nos observations, parmi 75 opportunités où les mains étaient visuellement souillées, 10 ont été réalisées par une FHA, soit 13,3% d'utilisations contre indiquées du GHA. L'intention de l'hygiène des mains était néanmoins présente.

### *2.2.7) Qualité de la friction*

Pour qu'une hygiène des mains soit conforme il faut prendre en compte la qualité de la friction. Pour cela il faut noter la durée de la friction et le respect des 7 temps. Pour ce dernier critère il existe un test très éducatif pour le soignant qui consiste à placer ses mains dans un champ de lumière noire après avoir effectué une friction avec un gel marqué à la fluorescéine pour révéler les zones encore sales. Ici ce paramètre n'a pas été évalué et constitue une limite importante. Avec plus de temps consacré à cette étude, menée en 4 mois, nous aurions pu entreprendre le test à la fluorescéine à la fin du recueil de données pour rester dans le respect de l'objectivité des gestes des soignants.

### 3) Facteurs liés à l'environnement de travail

Comme pour tout audit, l'objectif est de repérer les points à améliorer et de définir un plan d'action précis et spécifique à l'établissement.

Pendant la période d'observation, l'état des lieux de l'environnement de travail nous a révélé un dysfonctionnement des essuie-mains et des robinets des lavabos de 2 salles de pré-travail.

Nous soulignons néanmoins les points positifs suivants :

- Les fiches techniques sur la méthode de friction des mains en 7 temps et les indications du lavage simple ou d'une FHA affichées au dessus des éviers.
- Une bonne ergonomie des salles permettant la réalisation d'une hygiène des mains au plus proche du patient.
- Un flacon de GHA daté posé sur les chariots de soins dans chacune des salles de pré-travail, d'accouchement et dans les box de consultation. Et un deuxième flacon fixé à l'entrée de ces salles et des vestiaires.

### 4) Perspectives

Dans le but d'améliorer l'observance des gestes d'hygiène des mains, nous proposons plusieurs axes d'action : Tout d'abord une diffusion des résultats de l'étude auprès de toutes les sages-femmes de l'HCE.

Puis nous proposons une réactualisation des connaissances sur le GHA par le biais de la formation continue.

Enfin, il serait intéressant d'élaborer un questionnaire destiné aux sages-femmes sur le problème de l'hygiène des mains en général afin de recueillir leur avis et d'être à leur écoute.

## V. CONCLUSION

Nous avons atteint notre objectif principal qui est de mesurer le taux d'observance des gestes d'hygiène des mains des sages-femmes au bloc obstétrical soit 77,3%. Nous avons également mis en évidence dans cette population que l'observance est meilleure avant le soin, et dépendante de la situation de soin évaluée. On remarque un taux minimal pour la pose d'ERCF.

Le taux de pertinence du GHA est de 79,9%, un résultat satisfaisant au regard de la littérature. Dans des situations où les mains étaient visuellement souillées et donc le GHA contre-indiqué, il a été utilisé dans 13,3% des cas, ce qui conduit à une réflexion sur le rappel des conditions du recours à la FHA.

Cette étude a l'intérêt d'apporter des informations complémentaires à cette problématique sachant qu'à ce jour la littérature concernant l'hygiène des mains de la catégorie professionnelle des sages-femmes reste encore modeste.

Dans la suite de ce travail, il serait intéressant d'évaluer la qualité de la friction, mais également de mesurer le taux d'observance, d'une part pour le travail de nuit et d'autre part au sein d'une population de sages-femmes plus expérimentées.

Enfin, mener une enquête parallèle de la prévalence des Infections Nosocomiales en maternité sur la même période relierait l'observance des gestes d'hygiène des mains à sa problématique première.

# BIBLIOGRAPHIE

- [1] Ministère de la santé et des sports  
Les infections nosocomiales : Le Dossier  
Janvier 2009
- [2] Institut de Veille Sanitaire  
Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales  
2006
- [3] Destouches L  
La Vie et L'œuvre de Philippe Ignace SEMMELWEIS  
Université de Renne thèse soutenue le 1<sup>er</sup> mai 1924
- [4] GREPHH  
Hygiène des mains : Observance- pertinence  
Audit national interCCLIN 2008
- [5] Organisation Mondiale de la Santé  
Résumé des recommandations de l'OMS pour l'hygiène des mains au cours des soins  
2010
- [6] Pittet D, Mourouga P, Perneger T  
Compliance with handwashing in a teaching hospital  
Ann Intern Med 1999; 130:126-130
- [7] Albert R, Condie F  
Hand washing patterns in medical intensive care units  
The New England Journal of medicine 1981; 304: 1465
- [8] CCLIN Sud-Est  
Observance de l'hygiène des mains  
Audit Juin 2007
- [9] Eckmanns T, Bessert J, Behnke M, Gastmeier P, Ruden H  
Compliance with antiseptic hand rub use in intensive care units: The Hawthorne effect  
Infect Control Hosp Epidemiol 2006 Sep; 27 (9): 931-4
- [10] CLIN de l'AP-HP  
La désinfection des mains par la friction hydro-alcoolique  
Campagne SHA Mars 2002

[11] Denman S, Dwyer D, Israel E  
Hand-washing and glove use in a long term care facility  
Morb Mortal Wkly Rep 1993; 42: 672- 675

[12] Placet B, Aubaret C, Zaro-Goni D  
Audit multicentrique sur l'observance du lavage des mains dans les unités de soins  
2002

[13] CSSS du Sud de la Lanaudière  
Audit sur l'observance de l'hygiène des mains  
Juin 2008

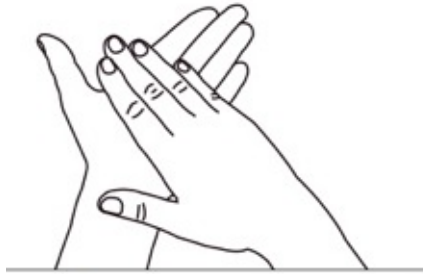
[14] Pittet D  
Improving Adherence to Hand Hygiene Practice: A multidisciplinary Approach  
Emerging Infectious Diseases 2001; 7 (2): 234-40

[15] Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, Mourouga P, Sauvan V, Touvenau S *et al*  
Effectiveness of a hospital-wide program to improve compliance with hand hygiene  
Lancet 2000 Oct; 356 (9238): 1307-12

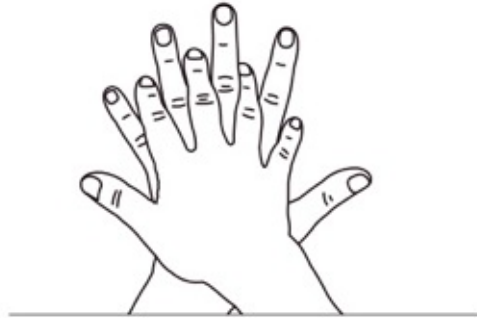
[16] Pittet D, Allegranzi B, Sax H, Dharan S, Pessoa-Silva C *et al*  
Evidence-based-model for hand transmission during patient care and the role of improved practices  
Lancet Infect Dis 2006; 6: 641-52

## **ANNEXES**

## Annexe A : La friction en 7 temps d'après les recommandations de l'OMS



**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



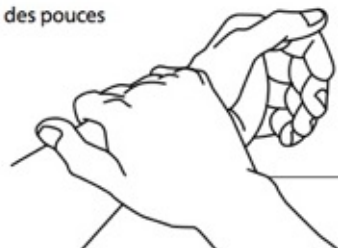
**4 Paume/doigts**  
Désinfection des doigts



**5 Pouces**  
Désinfection des pouces



**6 Ongles**  
Désinfection des ongles



**7 Poignets**



## Annexe B 1: Légende du bordereau de recueil

### **a) Charge de travail :**

+ Très calme

++ Calme

+++ Soutenue

++++ Urgence

### **b) Bijoux mains/poignets:**

Y : Présence

Z : Absence

### **c) Hygiène Avant/Après :**

1 : Pas d'hygiène des mains

2 : FHA

3 : Lavage simple

9 : Indéterminée

### **d) Conformité de la friction (Adéquation entre l'observance et la pertinence de l'hygiène choisie) :**

A : Oui

B : Non pertinent

C : Non observant

D : Ne peut conclure

## Annexe B 2 : Bordereau de recueil

Observation	1	2	3	4	5	6	7	8
Date								
Heure								
Année Diplôme								
Ancienneté								
Charge de w								
Bijoux								
N° Situation								
Hygiène avant soin								
Conformité friction								
Hygiène Après soin								
Conformité friction								

## RESUME

L'objectif principal de notre étude est de mesurer le taux d'observance d'hygiène des mains des sages-femmes au bloc obstétrical.

Nos objectifs secondaires sont de définir s'il existe une différence d'observance en fonction du moment par rapport au soin, de la situation de soin évaluée, de l'horaire et de la charge de travail, mais aussi de définir la place du GHA dans l'hygiène des mains.

Il s'agit d'une étude descriptive prospective mono centrique transversale menée à l'HCE de Grenoble. Vingt-et-une sages-femmes ont été observées du 15/08/13 au 20/11/13 sur la base d'un bordereau de recueil.

Nos résultats montrent un taux d'observance globale de 77,3% et qu'il existe une différence d'observance en fonction du moment par rapport au soin et de la situation de soin choisie. Le GHA quand à lui a été utilisé dans 79,9% des cas où il était indiqué.

En conclusion, notre étude montre un taux d'observance satisfaisant au regard de la littérature, cependant il est nécessaire de réactualiser les connaissances des sages-femmes sur les gestes d'hygiène des mains en général afin de tendre vers une observance de 100%.

**Mots clés :** Hygiène des mains ; GHA ; Observance ; Sages-femmes.