



HAL
open science

Audit de pratiques : respect des règles d'hygiène lors du sondage urinaire évacuateur en salle de naissance à l'HCE de Grenoble

Léa Monet

► **To cite this version:**

Léa Monet. Audit de pratiques : respect des règles d'hygiène lors du sondage urinaire évacuateur en salle de naissance à l'HCE de Grenoble. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01370524

HAL Id: dumas-01370524

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01370524v1>

Submitted on 22 Sep 2016

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.

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 SID 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/juridique/droit-auteur>

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

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES
U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAIEUTIQUE

AUDIT DE PRATIQUES :

RESPECT DES REGLES D'HYGIENE

LORS DU SONDAGE URINAIRE EVACUATEUR

EN SALLE DE NAISSANCE

A L'HCE DE GRENOBLE

Mémoire soutenu le : 20 juin 2016.

Par : MONET Léa

[Données à caractère personnel]

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

2016

RESUME :

Objectifs : - Evaluer les bonnes pratiques d'hygiène, lors du geste du sondage urinaire évacuateur à la maternité de l'HCE du CHU de Grenoble.

- Etudier s'il existait une différence de pratiques entre les sages-femmes et les étudiantes.
- Mettre à jour le protocole.

Matériel et méthodes : Audit clinique, descriptif, prospectif, transversal et mono centrique, par observations des sages-femmes et des étudiantes. Le personnel ne connaissait pas le thème de l'étude.

Résultats : Une observance globale de 51% a été constatée sur l'hygiène des mains, les 7 temps de friction n'ont pas été systématiquement réalisés. 81% du personnel a porté un masque lors du geste. L'antisepsie vulvaire a été totalement réalisée par 52% du personnel. 77% des sages-femmes n'ont pas évacué les sondes urinaires dans la filière adaptée.

Conclusion : Les résultats obtenus lors de l'étude sont sensiblement les mêmes que ceux de la littérature. Il existe une différence statistiquement significative sur le nombre d'hygiène des mains entre les étudiants sages-femmes et les sages-femmes. Un nouveau protocole a été créé grâce aux résultats de l'étude, ainsi qu'aux retours des sages-femmes sur le protocole actuel.

Mots clés :

- Sondage urinaire évacuateur - Hygiène des mains – Antisepsie vulvaire - Sages-femmes.

ABSTRACT:

Objectives: first, evaluate good hygiene practices during urinary catheterization on the maternity ward at the CHU in Grenoble.

Then, assess differences between midwife and student midwife practices. Finally, update the current protocol.

Material and Methods: descriptive, prospective, transversal and monocentric clinical audit, via the observation of midwives and student midwives. The nursing staff were not aware of the subject of the experiment.

Results: hand hygiene was evaluated at 51%; hand rub wasn't properly executed. 81% of the staff wore masks during the procedure. Vulval antisepsis was done properly by 52% of staff. 77% of the midwives did not respect the indicated disposal instructions.

Conclusion: the results of the study are really similar to what can be found in scientific publications. There are relevant differences between midwife and student midwife hygiene practices.

Thanks to these results and to the feedback from nursing staff, a protocol update has been developed.

Keywords:

- Urinary catheterization - Hand hygiene - Vulval antisepsis - Midwife.

REMERCIEMENTS

Je remercie les membres du Jury :

- Mme Sophie JOURDAN, Sage-Femme Enseignante au Département de Maïeutique de l'UFR de médecine de Grenoble, Présidente du Jury ;
- Mme le Dr Véronique EQUY, Praticien Hospitalier à l'HCE du Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes, Co Présidente du Jury ;
- M Alain ALMODOVAR, Sage-Femme Cadre au Centre Hospitalier de Valence, Membre invité du Jury ;
- Mme le Dr Marie-Reine MALLARET, MCU-PH en Hygiène Hospitalière et Gestion des Risques du Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes, Directrice de ce mémoire ;
- M Lionel DI MARCO, Sage-Femme Enseignant au Département de Maïeutique de l'UFR de médecine de Grenoble, co-Directeur de ce mémoire ;

Je remercie plus particulièrement :

- Mme le Dr Marie-Reine MALLARET, MCU-PH en hygiène Hospitalière et en Gestion des Risques au Centre Hospitalier Grenoble Alpes, Directrice de ce mémoire,

pour son aide tout au long de ce travail ;

- Mr Lionel DI MARCO, Sage-femme, Co-Directeur de ce mémoire,

pour ses précieux conseils, ses encouragements, ses corrections et sa transmission de savoir lors de ces quatre années d'études, notamment au cours cette dernière année ;

- Les sages-femmes de l'HCE,

pour leur disponibilité et leur gentillesse lors de mes observations ;

- Ma famille et mes proches,

pour leur soutien sans faille ;

- Geoffrey et Laura,

pour leur aide statistique ;

- Laurent,

pour sa patience, sa disponibilité et sa bienveillance.

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	1
I) INTRODUCTION	2
1) Contexte et aspect général.....	2
2) Problématique santé publique	3
3) Objectifs	4
II) MATERIELS ET METHODES	5
1) Type et période d'étude.....	5
2) Population, critères d'inclusion et d'exclusion	5
3) Recueil de données.....	5
4) Echantillon	6
5) Référentiel	6
6) Analyses statistiques	8
III) RESULTATS	9
1) Caractéristique de la population.....	9
2) Hygiène des mains n°1 : avant préparation du matériel.....	9
3) Préparation du matériel	10
4) Hygiène des mains n°2 : avant le sondage	11
5) Antisepsie vulvo-périnéale.....	11
6) Le SUE.....	11
7) Gestion des déchets fin de soin	12
8) Hygiène des mains n°3 : fin de soin.....	12
IV) DISCUSSION	14
1) Les limites de l'étude	14
a) Le type d'étude	14
b) La population.....	14
2) Analyse des résultats et comparaison à la littérature.....	15
a) Hygiène des mains.....	15
b) Préparation et matériel.....	18
c) Toilette et antisepsie vulvo-périnéale	18
d) Le geste du SUE	19
e) Gestion des déchets	19
f) Entretien du bassin.....	20
g) Comparaison de nos deux populations	20

h)	Comparaison de notre étude à un mémoire par questionnaire sur le SUE	21
3)	Plan d'amélioration et perspectives.....	22
a)	Restitution des résultats aux équipes	22
b)	Proposition d'un protocole spécifique à la SDN	22
c)	Perspectives	22
V)	CONCLUSION.....	23

ABREVIATIONS

SUE : Sondage Urinaire Evacuateur

APD : Analgésie Péridurale

IU : Infection Urinaire

HCE : Hôpital Couple-Enfant

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

SDN : Salle De Naissance

SF : Sage-Femme

ESF : Etudiante Sage-Femme

GHA : Gel Hydro-Alcoolique

HDM : Hygiène Des Mains

CCLIN : Centre de Coordination et de Lutte contre les infections Nosocomiales

DAOM : Déchets Assimilés aux Ordures Ménagères

DASRI : Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux

UME : Unité Mère-Enfant

I) INTRODUCTION

1) Contexte et aspect général

Le sondage urinaire évacuateur (SUE) consiste en l'introduction aseptique d'une sonde urinaire stérile de façon non traumatique, via le méat urinaire en remontant jusqu'à la vessie, afin d'évacuer le contenu vésical ou de recueillir les urines pour les quantifier.

Il existe deux types de sondages vésicaux : le SUE et le sondage urinaire à demeure. Tous deux nécessitent préalablement une détersion et une antisepsie vulvaire. Dans le SUE, la sonde est retirée une fois la vessie vidée ; dans le sondage urinaire à demeure, la sonde est positionnée au niveau de la vessie et maintenue en place par un ballonnet. Les urines sont alors recueillies en permanence dans un système clos et stérile.

Le SUE est un geste invasif ; il doit donc se limiter, en nombre, au strict minimum. La sage-femme (SF) doit tenir compte de la physiologie urinaire ainsi que du volume de solutés administrés à la patiente. Le but du SUE est d'éviter une rétention urinaire entraînant une impossibilité complète d'uriner à posteriori.

D'après le rapport Mater 2013, lors d'un accouchement par voie basse, plus de trois patientes sur quatre ont bénéficié d'au moins un sondage urinaire évacuateur (51,2% de un ; 17,7% de deux ; 3,1% de trois et 0,4% de quatre ou plus) [1].

Le SUE a aussi pour but de faciliter certaines manœuvres obstétricales : la rotation manuelle de variétés postérieures en variétés antérieures ; lors d'extractions instrumentales (ventouses, forceps, spatules) ; lors des hémorragies, des délivrances artificielles et des révisions utérines.

La pratique du SUE en salle de naissance (SDN) est liée à l'utilisation de l'analgésie péridurale (APD) chez la patiente. Cette analgésie a pour but de bloquer les transmissions des messages nerveux douloureux et sensitifs, de l'utérus et du périnée, - vers la moelle épinière et les

structures corticales [2]. Il y a donc une diminution, voire une perte de la sensibilité vésicale et du réflexe mictionnel. L'APD est de plus en plus utilisée en SDN, comme en témoigne l'enquête nationale périnatale de 2010. En 2003, 74,9% des femmes en travail spontané ou déclenchées ont bénéficié d'une APD, contre 81,4% des femmes en 2010 [3]. Le SUE au cours du travail est devenu un geste fréquent dans la pratique quotidienne de la SF en SDN.

2) Problématique santé publique

Il s'agit d'un geste invasif qui est à risque d'infection urinaire (IU).

Consécutive à un acte de soin ou contractée au cours d'une hospitalisation, une IU est une infection nosocomiale ; celle-ci fait partie des infections associées aux soins. Elle est absente au moment de l'admission du patient dans l'établissement et se déclare au minimum 48 heures après l'admission, ou au-delà si la période d'incubation connue est plus longue. Toutefois, la possibilité d'un lien entre hospitalisation et infection est évaluée dans chaque cas douteux, car il se peut que cette infection soit d'origine communautaire [4].

En 2013, parmi les patientes ayant accouché par voie basse 0,45% avaient développé une IU nosocomiale. L'IU est la plus fréquente des infections nosocomiales, sa fréquence est restée stable entre 2003 et 2010 [1]. Elle représentait 51% des infections nosocomiales, son délai d'apparition était de 5,9 jours en moyenne [1]. Mais la durée des séjours à la maternité étant actuellement de 3 à 4 jours, les épidémiologistes rencontrent des difficultés concernant le suivi des IU nosocomiales.

3) Objectifs

Il nous a semblé intéressant de réaliser une évaluation des pratiques professionnelles sur le respect des règles d'hygiène lors du sondage urinaire évacuateur car très peu d'études et de données existent à ce sujet.

- L'objectif principal était d'évaluer le respect des bonnes pratiques d'hygiène réalisées lors du SUE en SDN, pour les accouchements par voie basse.

- Les objectifs secondaires étaient de réaliser une comparaison du respect des pratiques entre les sages-femmes et les étudiantes sages-femmes (ESF) dans un premier temps, puis de rédiger un nouveau protocole plus adapté au geste du SUE en SDN.

II) MATERIELS ET METHODES

1) Type et période d'étude

Il s'agit d'un audit clinique, descriptif, prospectif, transversal, mono-centrique et réalisé par l'observation des sages-femmes et des étudiantes sages-femmes au bloc obstétrical de la maternité de type III de l'Hôpital Couple Enfant (HCE) du CHU de Grenoble (38).

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

Ont été incluses dans l'étude, les sages-femmes et étudiantes sages-femmes de l'HCE, qui exerçaient ou étaient en stage en SDN lors de la période d'observation.

Nous avons exclu les sages-femmes n'ayant pas souhaité être observées, ainsi que les sages-femmes cadres du service.

Les SUE observés lors de l'étude ont été réalisés dans les situations suivantes : lors d'une nécessité de vidange vésicale au cours du travail, avant l'accouchement ou en post-partum immédiat avant le passage en unité mère-enfant (UME).

3) Recueil de données

L'audit a été réalisé sur une période d'un mois, en semaine de 9h à 17h, entre le 27 juillet et le 28 août 2015. Les nuits et les week-ends n'ont pas été observés. Les sages-femmes n'étaient pas informées de l'objet de l'étude ; l'intégralité des gestes qui étaient réalisés en SDN ont été observés.

Une seule observation de sondage urinaire évacuateur par SF ou par ESF était retenue par jour. L'observation était anonyme (patiente et SF/ESF), ni la date, ni l'heure du geste n'ont été notifiées dans l'étude.

Les données ont été recueillies de façon prospective par moi-même lors d'observations journalières. L'observateur n'est pas intervenu dans la prise en charge des patientes et n'a pas participé aux soins. Les feuilles de recueil de données étaient remplies après l'observation du geste, à l'abri du regard des SF (Cf. Annexe 1). La feuille de recueil comprenait 7 items principaux :

- Hygiène des mains
- Préparation du matériel
- Hygiène des mains avant le soin
- Antisepsie vulvo-périnéale
- Sondage urinaire évacuateur
- Fin de soin et gestion des déchets
- Hygiène des mains en fin de soin

4) Echantillon

Dans le cadre d'un audit clinique, l'échantillon doit contenir au minimum 30 cas. Trente et une observation de sondages urinaires évacuateurs ont été réalisées.

5) Référentiel

Le référentiel est le protocole interne au CHU de Grenoble, sur le sondage urinaire intermittent, il date de 2013 (Cf. Annexe 2).

La tenue

Lors d'un SUE en SDN, le personnel doit être vêtu d'un pyjama de bloc lequel est protégé par un tablier pour éviter une contamination par les urines. Le port d'un masque et de lunettes ou d'un masque à visière n'est pas mentionné.

L'hygiène des mains

L'hygiène des mains (HDM) peut être effectuée de deux façons ; avec du gel hydro-alcoolique (GHA) si les mains ne sont visiblement pas souillées, ou par lavage des mains au savon doux si elles le sont [5]. De manière générale, l'HDM est recommandée : avant un contact avec un patient, avant un geste aseptique (comme le SUE), après un contact avec un liquide biologique, entre des soins réalisés d'abord sur un site souillé puis sur un site propre et après un contact avec le patient [6] [7].

Lors de ce soin, l'HDM est recommandée selon le protocole : avant de préparer le matériel sur le guéridon ; avant la mise de gants pour le SUE ; à la fin du soin.

L'HDM nécessite l'absence de bijoux ou bracelet, des ongles courts, mais également le respect de la dose de GHA ou de savon doux. L'HDM, c'est aussi le respect des 7 étapes de friction ou de savonnage qui sont : paume contre paume, paume d'une main sur le dos de l'autre main, paume contre paume avec les doigts entrelacés, dos des doigts contre la paume opposée doigts entrelacés, bout des doigts et pourtour des ongles dans la paume opposée, pouces et poignets par rotation. La friction et le lavage sont recommandés sur une durée d'au moins 30 secondes jusqu'au séchage complet [6] [7].

Outre ces aspects qualitatifs, l'hygiène des mains est évaluée sur un critère quantitatif : l'observance (constituée par le rapport d'un nombre de gestes d'hygiène des mains réalisés sur le nombre de gestes d'hygiène des mains attendus X 100). Un objectif de 80% a été fixé par le Ministère de la Santé pour le taux d'observance d'hygiène des mains [8].

L'antisepsie vulvo-périnéale

Il s'agit d'un geste aseptique nécessitant le port de gants stériles à usage unique. Elle est réalisée à l'aide de compresses stériles et de Dakin® et doit respecter les zones (grandes lèvres, petites lèvres et méat).

Le Dakin® n'étant pas disponible en salle d'accouchement lors de l'étude, nous avons décidé d'un autre référentiel pour l'antiseptie. L'antiseptie était jugée correcte si elle était réalisée en 4 temps Bétadine® : lavage à la Bétadine® Scrub, rinçage, séchage, aseptie à la Bétadine® dermique ou gynécologique.

Le sondage urinaire évacuateur

La sonde stérile est saisie à l'aide d'une compresse stérile et introduite délicatement dans l'urètre afin d'éliminer les urines dans le contenant adapté.

Le sondage peut être réalisé avec une sonde « Jet » - l'utilisation du bassin est donc indispensable - ou une sonde avec système de drainage clos protégeant le soignant des projections et permettant de quantifier les urines.

Gestion des déchets

Les urines doivent être éliminées dans les DAOM s'il s'agit de sondes à poche, ou au lave-bassin si le bassin a été utilisé. Les déchets, s'ils ont été souillés par du sang seront éliminés dans les DASRI. Les autres déchets - sonde usage unique, compresses, emballages, gants, masque, tablier, protections absorbantes - sont éliminés dans les DAOM [9].

6) Analyses statistiques

Le traitement et l'analyse des données ont été réalisés à l'aide du logiciel Microsoft Excel.

Les variables qualitatives ont été décrites par les effectifs et les proportions.

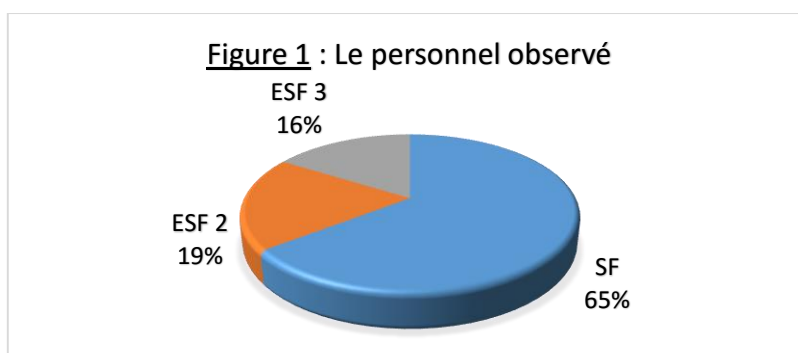
L'analyse de certaines données a été réalisée au moyen des Tests de Fisher et Student. (Cf. Annexe 4).

III) RESULTATS

Trente et un SUE ont été observés et 27 dossiers ont été analysés pour évaluer la traçabilité du soin.

1) Caractéristiques de la population

Sur les 31 sondages urinaires évacuateurs observés, 20 (65%) ont été réalisés par des SF, 11 (35%) par les ESF - dont 6 étaient ESF 2 (19%) et 5 étaient ESF 3 (16%). Les sondages retenus pour l'étude n'ont jamais été effectués en situation d'urgence car aucune ne s'est présentée.



2) Hygiène des mains n°1 : avant préparation du matériel

La première HDM a été réalisée par 19 personnes soit une observance de 61%. 58% des SF/ESF ont utilisé du GHA et les 7 temps de friction ont été respectés par 42% du personnel.

Tableau 1 : Hygiène des mains n°1 (N=19)

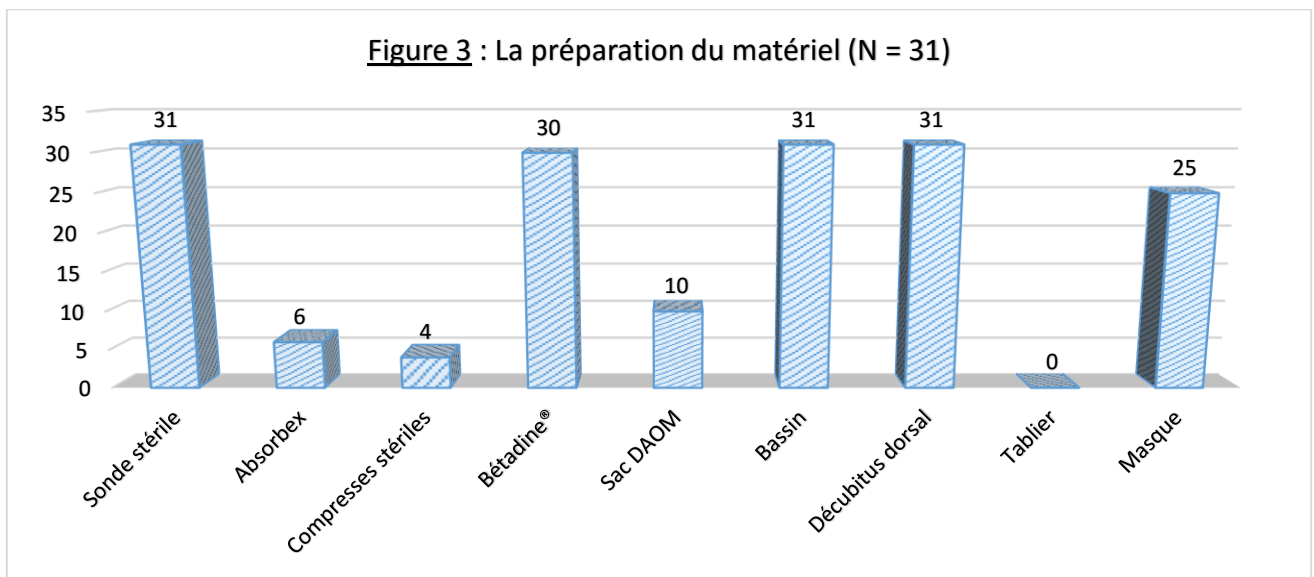
	N	Oui
Réalisée	19/31	61%
Utilisation de savon	8/19	42%
Utilisation de GHA	11/19	58%
Respect de la dose de GHA ou savon	19/19	100%
Respect des 7 temps de la friction au GHA ou savon	8/19	42%
Respect du temps friction-séchage	12/19	63%

3) Préparation du matériel

La préparation du matériel a été réalisée de façon conforme sur le guéridon dans 19 cas (61%). Dans 12 situations, la préparation n'était pas conforme au protocole : 7 (23%) directement sur la table d'accouchement et 5 (16%) sur le chariot de soins.



100% des SF/ESF ont préparé une sonde stérile, de la Bétadine®, un bassin et installé la patiente en décubitus dorsal. 4 (13%) personnes ont utilisé des compresses stériles, les 27 (87%) autres des carrés de coton non stériles. 25 (81%) SF/ESF observées portaient un masque et aucune ne portait de tablier.



4) Hygiène des mains n°2 : avant le sondage

La deuxième HDM a été réalisée par 16 personnes soit une observance de 52%. Parmi elles, 100% ont utilisé du GHA et les 7 temps de friction ont été respectés par 37%.

Tableau 2 : Hygiène des mains n°2 (N=16)

	N	Oui
Réalisée	16/31	52%
Utilisation de GHA	16/16	100%
Respect de la dose de GHA	15/16	94%
Respect des 7 temps de friction au GHA	6/16	37%
Respect du temps friction-séchage	5/16	31%

5) Antisepsie vulvo-périnéale

94% (29) des SF/ESF ont effectué une antisepsie vulvo-périnéale préalable au SUE ; parmi celles-ci aucune n'a réalisé une antisepsie suivant le protocole du CHU. 13% (4) du personnel observé a effectué une antisepsie correcte par rapport à notre référentiel. Les compresses stériles ont été utilisées dans 13% (4) des observations. Les 4 temps de l'antisepsie ont été respectés dans 72% (21) des observations, le respect des zones dans 66% (19) des cas et l'antisepsie du méat a été réalisée dans 69% (20) des situations.

Tableau 3 : Antisepsie vulvo-périnéale (N=29)

	N	Oui
Réalisée	29/31	94%
Correcte par rapport au protocole CHU	0/29	0%
Correcte à notre référentiel	4/29	13%
Port de gants à UU non stériles pour l'antisepsie vulvaire	29/29	100%
Respect des 4 temps Bétadine®	21/29	72%
Respect des zones	19/29	66%
Antisepsie du méat	20/29	69%
Utilisation de compresses stériles	4/29	14%
Port de gants stériles pour le sondage	29/29	100%

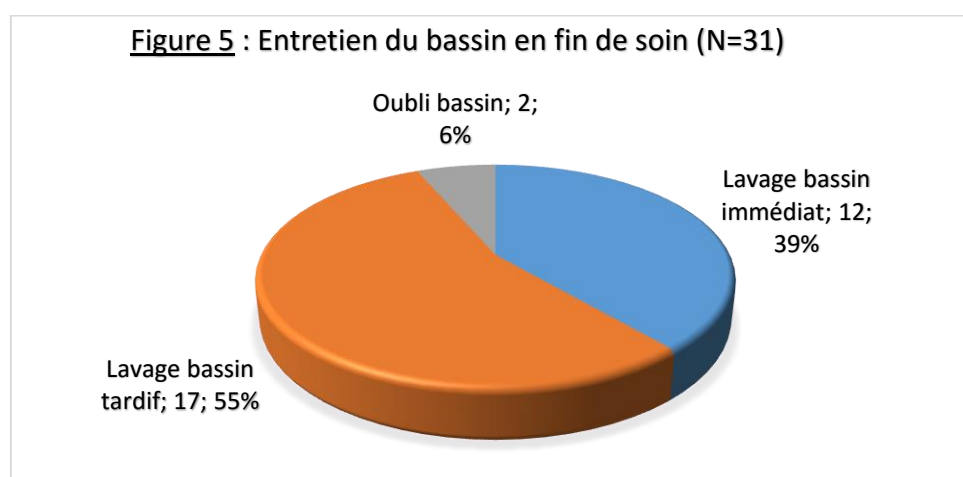
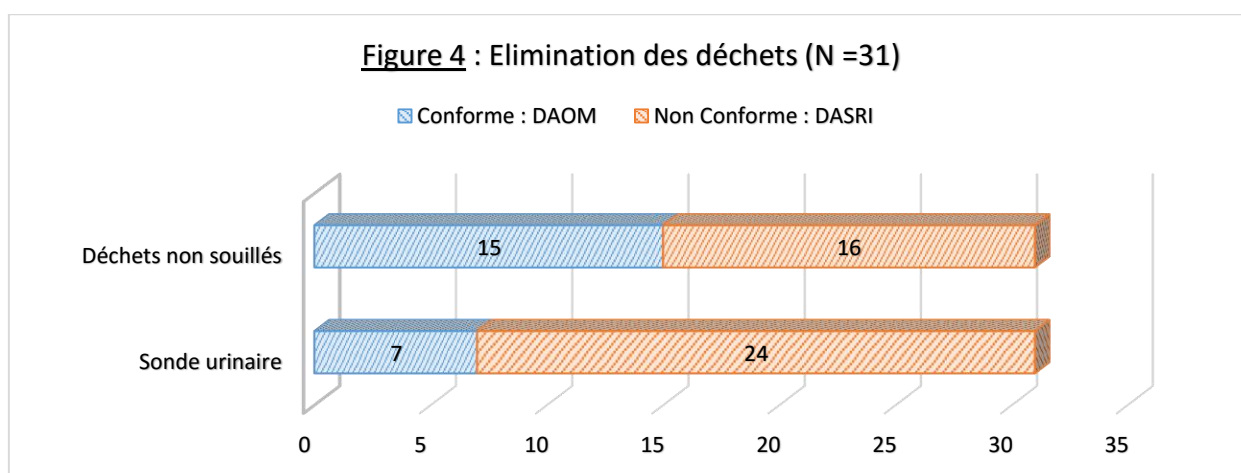
6) Le SUE

L'introduction de la sonde a été délicate dans toutes les situations observées.

7) Gestion des déchets fin de soin

48% (15) des SF/ESF ont éliminé les déchets non souillés de sang de façon conforme dans les DAOM. 77% (24) des SF/ESF ont jeté la sonde urinaire dans les DASRI de façon non conforme. Le bassin a été lavé immédiatement au lave-bassin dans 39% (12) des observations, tardivement dans 55% (17) des cas et il a été oublié dans la salle deux fois (6% des cas).

Dans 100% des observations, la patiente a été correctement réinstallée. La traçabilité dans le dossier obstétrical était de 100% sur les 27 dossiers auxquels nous avons eu accès.



8) Hygiène des mains n°3 : fin de soin

La troisième HDM a été réalisée par 12 SF/ESF soit une observance de 39%. Parmi elles 75% (9) ont utilisé du GHA. Le respect des 7 temps de friction a été observé dans 25% (3) des cas.

Tableau 4 : Hygiène des mains n°3 (N=12)

	N	Oui
Réalisée	12/31	39%
Utilisation de savon	3/12	25%
Utilisation de GHA	9/12	75%
Respect de la dose de GHA ou savon	12/12	100%
Respect des 7 temps de friction ou lavage	3/12	25%
Respect du temps de friction-séchage	7/12	58%

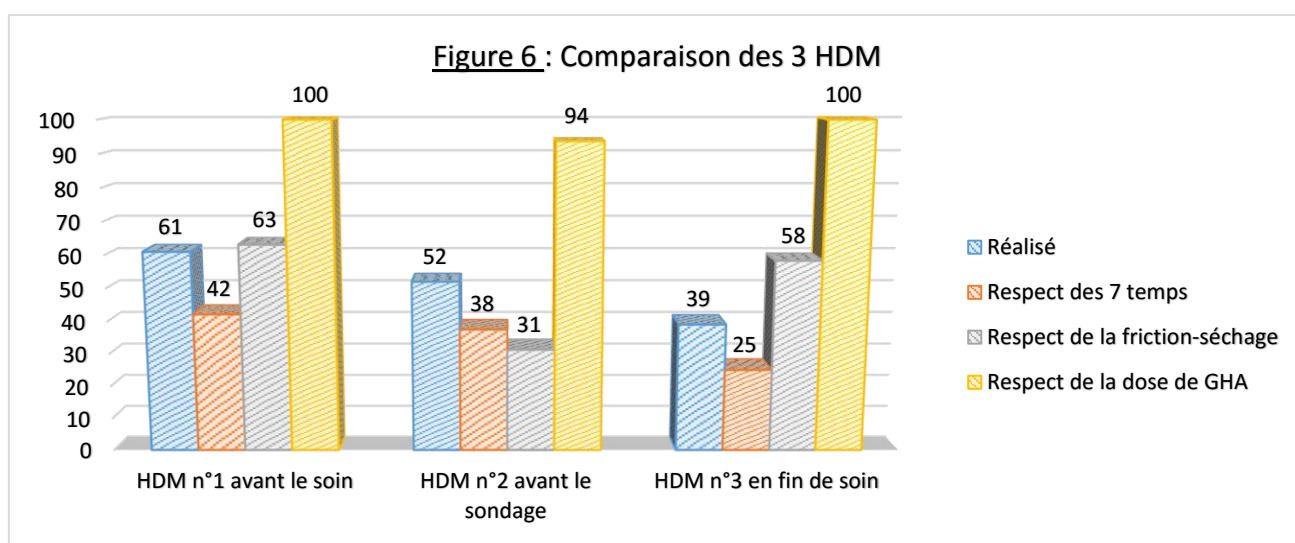


Tableau 5 : Comparaison du moment de l'HDM chez les SF ayant réalisé une ou deux HDM :

	Si 1 HDM sur 3				Si 2 HDM sur 3				
	HDM n°1	HDM N°2	HDM n°3		HDM n°1	HDM N°2	HDM n°3		
Population N = 15	X			Population N = 7	X		X		
	X					X	X		
	X					X	X		
		X					X	X	
	X					X	X		
		X				X		X	
	X				Total	X		X	
	X					4 (28%)	4 (28%)	6 (44%)	
			X		6 personnels sur 7 soit 86% ont réalisé : HDM n°1 OU HDM n°2 ET HDM n°3				
	X								
	X								
		X							
	X								
X									
		X							
Total	9 (60%)	6 (40%)	0 (0%)						

IV) DISCUSSION

1) Les limites de l'étude

a) Le type d'étude

L'étude prospective a permis de réaliser directement des observations en SDN, évitant ainsi un biais de sélection. De plus, pour éviter un biais déclaratif, les SF et ESF observées n'avaient pas été informées du thème de l'audit et les fiches de recueil étaient remplies hors de leur présence.

Dès qu'une opportunité d'observation d'un SUE se présentait, elle était saisie dès l'instant que l'observateur n'était pas en observation sur un autre soin. De manière générale, on constate que la présence d'un observateur entraîne un changement de comportement chez la personne observée, et ceci peut se répercuter sur ses pratiques habituelles.

Un autre biais vient du fait que l'observateur est humain et peut commettre des erreurs lors de la saisie des informations ou être subjectif sur ce qu'il observe. L'observateur se doit donc de rester très attentif et neutre lors des soins, même si ceux-ci ne sont pas conformes à la grille d'observation créée pour cette étude.

b) La population

Cet audit a été réalisé en SDN sur une période d'un mois, les SF se trouvant dans les autres services n'ont pas été observées et pas incluses dans l'étude. L'audit ne reflète donc pas la totalité de la population des SF travaillant à l'HCE.

Nous avons observé 31 SUE, une SF ne pouvant être observée qu'une seule fois par jour. L'audit étant anonyme, nous ne sommes pas en mesure de savoir si une SF a été observée un plus grand nombre de fois qu'une autre.

2) Analyse des résultats et comparaison à la littérature

Le premier objectif était de savoir si les règles d'hygiène étaient respectées lors du SUE en SDN. Notons qu'il existe très peu de données dans la littérature sur le sujet.

a) Hygiène des mains

Observance globale

L'observance globale de l'HDM lors de notre étude était de 51%. L'audit du CCLin-Sud-Ouest de 2009, rapporte une observance globale de 68,3% de l'HDM [10]. En janvier 2015, le service d'hygiène du CHU avait réalisé des observations en SDN ; l'observance globale de l'HDM avait alors été de 60% [11]. Pittet, en 1999, obtenait une observance globale de 48% [12] et le JAN, une observance comprise entre 51 et 83% [13]. Ces chiffres comprennent tous les types de personnels hospitaliers. L'observance de l'HDM lors de nos observations est donc inférieure aux études CCLin mais proche de celles rapportées dans la littérature. « L'HDM reste un geste simple mais auquel l'observance des professionnels soignants demeure problématique dans le monde entier » [7]. La SDN est un service d'urgence, qui peut être confronté une très forte charge de travail. Il a été démontré que dans ces services, l'HDM pouvait être moins bien réalisée de par le manque de temps, ce qui expliquerait ces chiffres [14]. Les 80% d'observance fixés par le Ministère de la Santé en 2015 ne sont donc pas atteints [8].

Observance Avant/après

Trois situations d'HDM ont été observées. Lors de ces observations il a été remarqué que l'HDM et le respect des 7 temps de friction (ou de lavage) étaient mieux réalisés en début qu'en fin de soin (Figure 6). L'observance était de 56% avant le soin et de 39% après. Les études montrent généralement l'inverse, le personnel soignant se considérant plus « sale » en fin de soin, il privilégie une HDM à ce moment-là [10] [15]. Le CCLIN Sud-Est avait reporté 65,9% d'observance avant le geste et 74,2% après celui-ci [15]. Cependant, lors d'un autre audit de

2009, le CCLIN Sud-Ouest rapportait 75,9% d'observance avant le soin et 81,7% après [10]. Le port de gants lors du geste pourrait expliquer cette observance moindre en fin du geste. Le personnel ne se sentait peut-être pas « sale » car il avait été protégé lors du geste. Ou encore par le fait que les SF et ESF utilisent quasi systématiquement du GHA lors du changement de patiente ou lorsqu'elles sortaient d'une pièce et entraient dans une nouvelle.

HDM et instant du soin

Lors de l'étude, 3 SF/ESF n'ont jamais pratiqué d'HDM lors du soin, 15 en ont pratiqué une, 7 deux et 6 les trois conformes au protocole. La moyenne était de 1,5 HDM par personnel observé. Il a semblé intéressant d'étudier à quels moments l'HDM était le plus souvent réalisée en fonction du nombre d'HDM totaux par SF/ESF (tableau 5).

- Si les SF/ESF avaient réalisé 1 HDM, elles avaient réalisé l'HDM n°1 (9/15) ou n°2 (6/15).

L'HDM de fin de soin n'avait été réalisée par aucune.

- Si les SF/ESF avaient réalisé 2 HDM, elles avaient réalisé l'HDM n°1 ou l'HDM n°2, puis l'HDM n°3 dans 86% des situations observées. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les deux premières HDM se trouvent dans un intervalle de temps très proche (le temps de préparer son matériel sur le guéridon). Le personnel ne se sentait peut-être pas « sale », car il avait seulement ouvert des emballages qui lui semblaient propres. Peut donc se poser la question du maintien dans un nouveau protocole de ces deux HDM si rapprochées, qui ont peu d'influence sur l'hygiène globale.

Respect de la dose de GHA, des 7 temps et de la durée de friction (Tableaux 1,2,4,5, figure 6)

La dose de GHA a été respectée lors de 99% des observations. Ces chiffres sont très satisfaisants. Le respect des 7 temps de friction a été respecté en moyenne, lors des 3 HDM, à 35% et le temps de friction-séchage à 50%. Ces résultats sont en corrélation avec l'étude du CHU de janvier 2015, qui notait un respect des 7 temps de 29% et de 57% du temps de friction

[11]. On remarque donc que le personnel met suffisamment de GHA mais ne pratique pas correctement la friction en respectant les 7 temps et ce, jusqu'à l'évaporation complète du produit.

Ayant une forte charge de travail, les SF n'ont peut-être pas le temps de réaliser une hygiène complète, en respectant les 30 secondes et les 7 temps. De plus, de par la prise d'habitude, le geste n'est pas exactement conforme à ce qu'il devrait être. Ceci rend l'HDM moins efficace car la flore transitoire n'est pas totalement éliminée ; pour une efficacité optimale, le temps de contact doit être d'au moins 15 secondes [16].

Utilisation du GHA en comparaison au savon doux

Dans cette étude, le GHA a été utilisé dans 77% des cas. Lors de son rapport de juin 2007, le CClin Sud-Est reportait une utilisation de 49,6% de GHA chez les SF [15]. Il y a donc une forte augmentation de son utilisation qui dénote une évolution très positive des pratiques. Pour autant, l'utilisation de savon reste importante sur des mains visiblement non souillées : respectivement 42% lors de la première et 33% lors de la troisième HDM. Contrairement à la deuxième HDM, où 100% du personnel observé a utilisé du GHA.

Pour rappel, les mains possèdent deux flores. La flore permanente, présente physiologiquement sur les mains, qui est non pathogène et la flore transitoire, pathogène, provenant des contacts avec d'autres individus ou objets. Elle est responsable des infections croisées. Le GHA a une action à large spectre et une action 100 fois supérieure sur la flore transitoire comparé au lavage des mains, et ceci sans nécessairement affecter la flore permanente [16] [17].

Suite à des entretiens informels réalisés avec le personnel, il persiste encore chez les SF et ESF l'idée erronée que le savon doux a une efficacité supérieure au GHA, ou encore que celui-ci est plus agressif pour la peau [16] [17].

b) Préparation et matériel

La préparation du matériel a été conforme dans 61% (19) des cas, sur le guéridon. Dans 23% (7) des cas, elle a eu lieu directement sur la table d'accouchement. La table d'accouchement n'est pas un endroit propre pour préparer du matériel stérile (présence de sang, de liquide amniotique, parfois de traces de selles). La préparation sur le chariot de soins pose moins de problèmes car il s'agit d'un endroit propre, malgré la non-conformité par rapport au protocole.

Le masque a été utilisé par 81% (25) des SF/ESF observées, bien que son port ne soit pas inscrit dans le protocole. Ces chiffres sont très satisfaisants. Mais le port du masque semble réellement nécessaire en salle d'accouchement, à cause des forts risques infectieux pour la mère et encore plus pour l'enfant à naître, surtout si les membranes sont rompues.

Le port du tablier n'a jamais été observé. Les protections absorbantes ont été utilisées dans 19% (6) des observations. Suite aux entretiens informels réalisés avec les SF, les protections ont été jugées inutiles lors du geste du SUE par toutes les personnes interrogées. Les SF s'en servaient pour réinstaller la patiente après le SUE, plutôt que pour protéger le lit d'éventuelles souillures.

La Bétadine® a été utilisée dans 100% des observations. Le Dakin® n'étant pas disponible en SDN, les SF ont utilisé en majorité la Bétadine gynécologique®.

c) Toilette et antiseptie vulvo-périnéale

4 SF/ESF se sont servi de compresses stériles pour la toilette vulvo-périnéale et la désinfection du méat urinaire avant le SUE, conformément au protocole, les autres ont utilisé des carrés de coton non stériles.

Le respect des zones (grandes lèvres, petites lèvres et méat) a été conformément réalisé dans 66% des observations, le respect des 4 temps Bétadine®, lui, a été correct dans 72% des cas. L'antiseptie du méat a été réalisée de façon correcte dans 69% des observations. Ces résultats

sont plutôt satisfaisants. Ayzac et al avaient noté que seulement 39,9% des personnels déclaraient réaliser une toilette avant un SUE [18]. Par ailleurs, l'intégralité de la toilette et de l'antisepsie ont été conformes au protocole chez 50% des ESF (5/10) et chez 53% des SF (10/19). 2 personnes n'ont réalisé ni toilette ni antisepsie avant le geste de sondage, dans des situations qui n'étaient pas urgentes.

Lors des observations, 100% des SF/ESF se sont protégées lors de la toilette à l'aide de gants à usage unique non stériles. Puis, 45% (14/29), ont réalisé une friction au GHA avant de mettre des gants à usage unique stériles, pour réaliser le SUE en lui-même. Le non-respect du protocole entraîne un coût supplémentaire et une perte de temps, d'une part à cause du changement de gants et d'autre part, de par la nécessité de réaliser d'une friction avant un soin aseptique [7].

L'utilisation d'un sac DAOM ou d'un haricot est préconisée afin de pouvoir éliminer facilement et proprement les déchets. Celui-ci a été utilisé par 10 SF/ESF soit 32% de la population. Lorsqu'il n'était pas utilisé, les compresses étaient déposées dans le bassin et récupérées en fin de soin ou déposées sur les emballages vides des compresses ou des gants stériles, directement sur la table d'accouchement puis jetées en fin de soin.

d) Le geste du SUE

Les SUE nous ont semblé être délicats chez toutes les personnes observées. Nous avons eu accès à 27 dossiers obstétricaux, dans lesquels le soin avait été tracé dans 100% des cas.

e) Gestion des déchets

Selon le protocole du CHU de Grenoble, tous les déchets qui ont été produits lors d'un SUE doivent être jetés dans les DAOM s'ils ne sont pas souillés de sang et dans les DASRI si c'est le cas [9]. Lors des observations, il a été constaté qu'une grande partie des déchets étaient éliminés sans raison dans la filière DASRI. Les sondes urinaires ont été jetées dans les DAOM de façon conforme dans seulement 23% des cas ; les autres déchets, s'ils n'étaient pas souillés

l'ont été dans les DAOM dans 48% des situations. La gestion des déchets n'est donc visiblement pas maîtrisée par les SF et ESF présentes lors de notre étude. Pour rappel, l'élimination des DASRI coûte 10 fois plus cher que celle des DAOM (respectivement 854 € la tonne contre 70 €) [19].

f) Entretien du bassin

Pour des raisons d'hygiène, le bassin doit être lavé immédiatement après la fin du SUE, afin de ne pas le laisser dans la SDN, où il peut être renversé s'il reste à terre ou sur le guéridon. Lors des observations, le bassin a été lavé immédiatement dans 12 cas soit 39%. Il a été porté au lave-bassin tardivement - c'est-à-dire à la fin du soin une fois la patiente réinstallée, au moment où la SF quittait la pièce ou encore après d'autres gestes qui devaient être réalisés avec la patiente - dans 55% des cas. Il a été oublié dans deux observations (6%). Lors des observations, il nous a semblé que le bassin était plus facilement évacué dès la fin du SUE lorsque le geste était réalisé dans les SDN proches du local de décontamination.

g) Comparaison de nos deux populations

Un de nos objectifs secondaires était de comparer la population des SF et des ESF sur le respect des règles d'hygiène.

Une différence statistiquement significative a été notée sur la moyenne globale du nombre d'HDM entre SF et ESF, les ESF étant moins observantes. Cependant, il n'existe pas de différence statistiquement significative sur le respect global de l'antisepsie vulvaire.

Les ESF observées étaient en 1^{ère} et 2^{ème} année de formation, elles venaient donc d'avoir les cours sur l'HDM. Ces résultats sont étonnants car on s'attendrait à avoir une meilleure observance chez les ESF que chez les SF. En effet, on peut imaginer que de par la prise d'habitudes, le manque d'information sur les nouveaux protocoles, et ce, malgré la formation continue, les SF peuvent oublier certaines indications d'HDM lors des soins.

h) Comparaison de notre étude à un mémoire par questionnaire sur le SUE

En 2011, Clothilde GUICHARD a soutenu un mémoire intitulé : « Audit sur les pratiques d'hygiène dans le cadre du sondage vésical évacuateur à la maternité de Grenoble » [20].

Cet audit a été réalisé au moyen d'un questionnaire distribué aux sages-femmes de l'HCE en 2010. Les résultats obtenus mettaient en évidence une HDM exemplaire : 100% des SF réalisaient l'HDM avant le soin ; 95% avant le SUE et 95% après le SUE. Ces chiffres diffèrent grandement avec ceux obtenus lors de notre étude.

Hors situation d'urgence, 58% des SF ont déclaré réaliser une antisepsie correcte en 4 temps avant le SUE. Ces résultats sont en corrélation avec ceux obtenus lors de notre étude.

Si les SF utilisaient une protection supplémentaire, c'était dans 71% des cas, un masque. Ces résultats montrent une progression de l'utilisation du masque lors de ce soin.

Lors de cet audit de 2010, tous les déchets devaient être évacués dans la filière DASRI. Ce qui n'est plus le cas aujourd'hui. Le personnel n'était peut-être pas suffisamment informé des nouvelles recommandations quant à l'évacuation des déchets, lors de notre étude.

Nous pouvons donc dire qu'en 5 ans les pratiques sont restées semblables si nous excluons les chiffres de l'HDM, ceux-ci étant à l'opposé de ce que nous avons pu observer.

Nous pouvons aussi dire qu'un audit avec observations directes est plus proche de la réalité qu'un questionnaire, car il limite le biais de désirabilité sociale (celui-ci consiste à fournir les réponses attendues par l'interrogateur, afin de lui plaire sans forcément refléter son véritable avis).

3) Plan d'amélioration et perspectives

a) Restitution des résultats aux équipes

Suite à un entretien avec la cadre du service de SDN, il a été décidé de réaliser un retour informel auprès du personnel. Ce retour s'est effectué lors d'un stage à l'HCE. Nous interrogeons le personnel présent en Grossesses à Hauts Risques et celui de SDN lorsque que l'activité était calme. Le protocole actuel du CHU était présenté et des axes d'améliorations recherchés et discutés avec le personnel.

b) Proposition d'un protocole spécifique à la SDN

Le SUE en SDN est un geste fréquent dans la pratique quotidienne. Il nous a donc semblé intéressant de rédiger un protocole plus spécifique à la SDN, suite aux observations réalisées lors de l'étude et aux discussions que nous avons pu avoir avec le personnel. (Cf. Annexe 3).

c) Perspectives

Le taux d'IU en maternité restant toujours stable [1], il pourrait être intéressant de se pencher sur l'indication et l'utilité du SUE en SDN, afin de diminuer le nombre de SUE par patiente lors de l'accouchement. Par exemple, toutes les femmes ayant bénéficié d'une APD en SDN à l'HCE sont sondées au passage en UME. Un « bilan entrée-sortie » des solutés apportés à la patiente pourrait être réalisé, ainsi qu'une palpation sus-pubienne à la recherche d'un globe vésical. Les observations et la clinique pourraient être une alternative au SU systématique.

S'orienter vers une analgésie plus légère pourrait aussi être une solution. Si les APD étaient moins dosées, les femmes pourraient se mobiliser et uriner d'elles-mêmes, limitant ainsi le risque iatrogène du SUE.

V) CONCLUSION

Nous avons répondu à notre objectif principal, qui était de savoir si les règles d'hygiène étaient respectées lors du SUE en SDN de la maternité de l'HCE.

Nous avons noté une observance globale de l'HDM de 51%, la fréquence et la qualité de l'HDM étant meilleures en début qu'en fin de soin, malgré 99% de respect de la dose de GHA.

Les chiffres de l'antisepsie vulvo-périnéale sont encourageants. Le respect des zones a été conformément réalisé dans 66% des observations, le respect des 4 temps Bétadine®, a été correct dans 72% des cas et l'antisepsie du méat a été réalisée de façon conforme dans 69% des observations. Un masque a été porté dans 81% des observations. La traçabilité du geste transcrite dans les dossiers de soins était de 100%.

Cependant, il existe un manque évident de connaissances dans la gestion de l'élimination des déchets. Seulement 23% des sondes urinaires ont été jetées dans les DAOM et 48% des déchets éliminés correctement dans les DAOM.

Concernant nos objectifs secondaires, nous avons observé une différence statistiquement significative dans les pratiques globales de l'HM entre les SF et les ESF. Suite à cette étude, nous avons rédigé un nouveau protocole pour le SUE, qui semble plus adapté à la pratique courante en SDN.

Cette étude avait pour but d'apporter une évaluation sur ces pratiques, qui sont très peu étudiées dans la littérature, ceci malgré un nombre constant d'IU nosocomiales en maternité depuis plusieurs années. En améliorant l'hygiène lors de ce soin et le nombre de SUE par patientes lors des accouchements, ces chiffres devraient pouvoir diminuer.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] CCLIN Sud-Est. *MateR 2013 : Rapport annuel du réseau de surveillance des infections nosocomiales en maternité*.
Disponible sur : <http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/Reseaux/MATER/Resultat/2013/Rapport2013.pdf>
- [2] Lansac J, Marret H, Oury JF. *Pratiques de l'accouchement. 4ème édition*. Masson ; 2006.
- [3] Ministère en charge de la santé. *Enquête nationale périnatale 2010*.
Disponible sur :
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_d_epuis_2003.pdf
- [4] OMS. *Prévention des infections nosocomiales, Guide pratique 2ème édition*. 2008.
- [5] CCLin Sud-Est. *Lavage simple des mains, recommandations*. 2012.
Disponible sur : http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/cclin_arlin/cclinSudEst/2012_LavageSimpleMains_CClinSE.pdf
- [6] SF2H. *Recommandations pour l'hygiène des mains*. Juin 2009.
Disponible sur : http://www.sf2h.net/publications-SF2H/SF2H_recommandations_hygiene-des-mains-2009.pdf
- [7] WHO, *WHO guidelines on hand hygiene in health care*. 2010.
- [8] Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits de la femme. *PROPIAS Programme national actions de prévention de infections associées aux soins*.
Instruction N°DGOS/PF2/DGS/RI1/DGCS/2015/ 202 du 15 juin 2015.
Disponible sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/06/cir_39781.pdf
- [9] Levet S, Saviuc P, CHU Grenoble. *Fiche technique Cclin PRO 025, gestion des déchets en secteur d'accueil de patients*. Mai 2015.
Disponible sur Vdoc du CHU de Grenoble.
- [10] CCLin Sud-Ouest. *Audit de pratique HDM observance/pertinence*. 2008/2009.
Disponible sur : http://www.cclin-sudouest.com/wp-content/uploads/2015/05/rapport_mains_08_09.pdf
- [11] CHU Grenoble, Service hygiène hospitalière. *Fiche retour observance hygiène au bloc obstétrical*. Janvier 2015.
- [12] Pittet D et al. *Compliance with hand-washing in a teaching hospital*. *Infection Control Program*. 1999. *Ann Intern Med* 130:126-130.
- [13] Creedon SA. *Healthcare workers' hand decontamination practices: compliance with recommended guidelines*. *Journal of Advanced Nursing* 2005. 51(3):208-16.

[14] Hugonnet S, Perneger TV, Pittet D. *Alcohol-based handrub improves compliance with hand hygiene in intensive care units*. Arch Intern Med. 2002 May 13;162(9):1037-43.

[15] CLIN Sud-Est. *Observance de l'hygiène des mains*. Audit juin 2007

[16] D. Pittet et A. Widmer. *Hygiène des mains, révolutions, normalisation, globalisation*. Rev Med Suisse 2009 ; 5 : 716-21

Disponible sur : <http://www.swissnoso.ch/fr/bulletin/articles/article/hygiene-des-mains-nouvelles-recommandations#>

[17] UETMIS CHU Mère-enfant Sainte Justine, Québec. *Hygiène des mains en milieu hospitalier*. Juillet 2013.

Disponible sur : https://www.chusj.org/getmedia/b634151e-850c-4a79-8004-61aa0622ca89/UETMIS_hygiene-des-mains_fr.pdf.aspx




















[18] L. Ayzac, E. Caillat-Vallet, C. Haond, P. Battagliotti, M. Bessond, M. Berlande, R. Girard, le réseau MATER. *Dans les accouchements par voie basse : un sondage évacuateur bien fait !* La revue sage-femme. Octobre 2014.

[19] DGOS. *Etude PHARE : Performance Hospitalière pour des Achats Responsables*. Février 2013.


Disponible sur : http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direc_effic_offre_soins/Performance/LIVRABLES COURTS/Livrable court gestion des dechets.pdf

[20] GUICHARD C. *Audit sur les pratiques d'hygiène dans le cadre du sondage vésical évacuateur à la maternité de Grenoble*. UFR Médecine de Grenoble, Département de maïeutique. 2011.

ANNEXE 1 : TABLEAU DE RECUEIL DE DONNEES.

ESF	SF	Non urgent	Urgent	Oui	Non
Item  Mains propres avant le soin <input type="checkbox"/> GHA <input type="checkbox"/> Savon doux - Respect de la dose de GHA - Respect des 7 temps - Respect du temps de friction (30s)					
 Préparation du matériel : <input type="checkbox"/> Guéridon <input type="checkbox"/> Chariot <input type="checkbox"/> Table d'accouchement					
 Matériel utilisé : - Sonde stérile - Protection absorbante - Compresses stériles - Dakin // Bétadine - Sac DAOM - Contenant pour les urines (bassin)					
 Installation de la patiente en DD sur la protection et le bassin					
 Lavage des mains <input type="checkbox"/> GHA <input type="checkbox"/> Savon doux - Respect de la dose de GHA - Respect des 7 temps - Respect du temps de friction (30s)					
 Gants pour la toilette : <input type="checkbox"/> Usage unique <input type="checkbox"/> Gants stériles <input type="checkbox"/> Pas de gants					
 Tablier de protection					
 Masque					
 Repérer l'orifice urétral avant la toilette					
 Antisepsie vulvo-périnéale <input type="checkbox"/> Réalisée correctement à la bêta/Dakin + compresses stériles <input type="checkbox"/> Antisepsie non réalisée correctement (pas de toilette vulvo-périnéale) <input type="checkbox"/> Antisepsie non réalisée correctement (pas de respect des temps et zones) <input type="checkbox"/> Antisepsie non réalisée correctement (mauvaise antisepsie du méat) <input type="checkbox"/> Utilisation de cotons ou de compresses non stériles <input type="checkbox"/> Utilisation de Bétadine					
 Saisie de la sonde <input type="checkbox"/> Saisie de la sonde avec une compresse stérile <input type="checkbox"/> Changement de gants → gants stériles <input type="checkbox"/> Changement de gants + GHA → gants stériles					
 Introduction délicate de la sonde					
 Retrait de la sonde et poubelle DAOM immédiat					
 Compresses et emballages dans la poubelle DAOM					
 Fin de soin : <input type="checkbox"/> Retrait du bassin et lavage <input type="checkbox"/> Dépose du bassin dans la salle et lavage tardif <input type="checkbox"/> Oubli du bassin dans la salle					
 Retrait des gants à UU et poubelle DAOM					
 Lavage des mains fin de soin <input type="checkbox"/> GHA <input type="checkbox"/> Savon doux - Respect de la dose de GHA - Respect des 7 temps - Respect du temps de friction (30s)					
 Réinstallation de la patiente					
 Traçabilité dossier					

ANNEXE 2 : PROTOCOLE DU SONDAGE URINAIRE INTERMITTENT

	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales	CLIN-PRO-080
	Sondage urinaire intermittent : Hétéro-sondage et Auto-sondage	
Date de diffusion : 2014 Version : 2 Pages : 6	Rédigée par : C. Braux et C. Mathais - EIDE Vérifiée par : Dr M.R. Mallaret, Hygiène Hospitalière et gestion des risques ; SSR Neuro Médecine Neurovasculaire ; I. Debut, infirmière, Urologie Séance CLIN du	

I. Objet

Décrit la pratique du sondage urinaire intermittent réalisé dans le cadre de l'hétéro-sondage ou de l'apprentissage à l'auto-sondage.

Cette procédure rappelle les principes d'hygiène à respecter lors de ce geste.

II. Objectif

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

III. Domaine d'application

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

IV. Documents associés

- Hygiène des mains - **CLIN-PRO-13**
- Prélèvement d'urine pour examen cyto-bactériologique des urines - **DS.LABO-FTE-010**
- Utilisation des antiseptiques - **CLIN-PRO-016**
- Gestion des déchets- **CLIN-PRO-025**
- Pose sonde urinaire- **CLIN-PRO-093**

V. Référentiels

- Guide « Hygiène en Urologie. » **C.CLIN-Ouest 2004**
- « Prévention des infections urinaires en rééducation fonctionnelle » **C.CLIN sud-ouest 2003**
- Guide « sondage vésical évacuateur stérile » **C.CLIN SUD EST 2011**

Diffusion	Tous les services du CHU, chefs de services, responsables d'unités, cadres de santé, IFSI	2014
Classement	VDoc Rubrique « Hygiène/CLIN » - Thème : « Soins urinaires »	
Rédaction	C. Mathais - EIDE, C. Braux - Infirmière, Hygiène Hospitalière	Octobre 2013
Vérification	Dr M.R. Mallaret, Unité Hygiène Hospitalière et gestion des risques – SSR Neuro Médecine Neurovasculaire, I. Debut, infirmière, Urologie	Janvier 2014
Approbation	Séance du CLIN	
Historique	CLIN-PRO-080-1 Sondage urinaire intermittent : hétéro et auto-sondage	Juillet 2005

VI. Définition

Le sondage urinaire intermittent permet d'évacuer le contenu de la vessie par l'intermédiaire d'une sonde sans la maintenir à demeure.

Il est indiqué essentiellement

- en l'absence de contrôle de la vidange vésicale : fuites d'urine par trop plein, vidange incomplète de la vessie, ou infections urinaires dues à un résidu d'urine dans la vessie
- lors de rétention aiguë urinaire
- pour obtenir un échantillon d'urine pour analyse si patient dépendant

Ce sondage peut être réalisé par un professionnel **ponctuellement** ou de **façon itérative** (= hétéro-sondage) ou réalisé par le patient (= auto-sondage) lorsque celui-ci maîtrise la technique et conserve son autonomie.

Hétéro - sondage



- le 1^{er} sondage vésical chez l'homme en cas de rétention d'urine est un geste médical
- Si rétention d'urine (globe vésical) : voir avec le médecin si évacuation seule ou si nécessité de maintenir une sonde en place (CLIN-PRO-093-Pose d'une sonde urinaire).

Avec des mains désinfectées préparer le matériel sur un guéridon

- ♦ 1 sonde urinaire droite, béquillée ou non, stérile à usage unique + 1 en cas d'échec au 1^{er} sondage
- ♦ Protection absorbante
- ♦ Dakin
- ♦ Compresse stériles
- ♦ Gants UU stériles et tablier plastique
- ♦ Sac DAOM (Déchets Assimilables aux Ordures Ménagères)
- ♦ Contenant de recueil : bassin, pistolet ou flacon adapté si analyse d'urine

Réalisation du soin

- ♦ Installer le patient en décubitus dorsal sur la protection absorbante
- ♦ Réaliser une friction des mains avec le gel hydro-alcoolique
- ♦ Mettre les gants à UU et le tablier
- ♦ Repérer l'orifice urétral
- ♦ Réaliser une antiseptie du méat avec le Dakin
- ♦ Saisir la sonde avec une compresse
- ♦ Introduire délicatement la sonde dans l'urètre
- ♦ Laisser l'urine s'écouler dans le contenant choisi
- ♦ Retirer la sonde à la fin de la vidange et l'éliminée dans le collecteur approprié

Après le soin

- ♦ Quantifier les urines si nécessaire dans une cantine
- ♦ Eliminer les déchets dans les collecteurs appropriés (cf. CLIN-PRO-025)
- ♦ Retirer les gants
- ♦ Réaliser une friction des mains avec le gel hydro-alcoolique
- ♦ Réinstaller le patient
- ♦ Tracer le soin sur dossier de soins informatisé




Sondjet béquillée pour femme



Sondjet béquillée pour homme

ANNEXE 3 : NOUVEAU PROTOCOLE POUR LE SUE EN SDN

Avant le soin :

- Si les mains sont visiblement souillées, réaliser une hygiène des mains.
- Mettre le masque chirurgical.
-  Si la patiente a rompu la poche des eaux, réaliser une petite toilette au savon doux ou à la Bétadine® Scrub, préalable au sondage urinaire, à l'aide de cotons non stériles.

Préparer sur un guéridon :

- 1 sonde urinaire « Jet » stérile ou sonde à système clos
- 1 paquet de compresses stériles pour l'antisepsie vulvaire et du méat urinaire
- 1 solution de Dakin®
- 1 paire de gants stériles
- 1 haricot ou sac DAOM
- 1 masque chirurgical
- 1 bassin

Préparer le Dakin® sur les compresses stériles.

Installer confortablement la patiente en décubitus dorsal sur le bassin en veillant à respecter son intimité.

Pendant le soin :

Réaliser une friction au gel hydro-alcoolique.
Mettre les gants stériles à usage unique.

Réaliser une antisepsie vulvaire à l'aide du Dakin®, en respectant et les zones (grandes lèvres, petites lèvres et méat urinaire) et de haut en bas.
Jeter les compresses dans le sac DAOM ou haricot prévu à cet effet.

Saisir la sonde urinaire à son extrémité distale et l'introduire délicatement dans le méat urinaire. La retirer une fois la vidange complète.

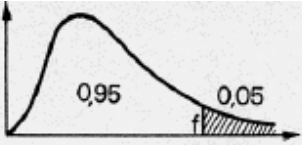
Fin de soin :

Jeter la sonde urinaire, les gants stériles, les compresses et les emballages dans les DAOM.

Enlever le bassin et le porter au local décontamination.
Réinstaller confortablement la patiente.
Désinfecter le guéridon.

Réaliser une friction au gel hydro-alcoolique.
Tracer l'acte dans le dossier obstétrical.

ANNEXE 4 : TABLES DE FISCHER & STUDENT



$\nu_2 \backslash \nu_1$	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1	101	200	216	225	230	234	237	239	241	242	243	244	245	245	246	246	247	247
2	18.5	19.0	19.2	19.2	19.3	19.3	19.4	19.4	19.4	19.4	19.4	19.4	19.4	19.4	19.4	19.4	19.4	19.4
3	10.1	9.55	9.28	9.12	9.01	8.94	8.89	8.85	8.81	8.79	8.76	8.74	8.73	8.71	8.70	8.69	8.68	8.67
4	7.71	6.94	6.59	6.39	6.26	6.16	6.09	6.04	6.00	5.96	5.94	5.91	5.89	5.87	5.86	5.84	5.83	5.82
5	6.01	5.79	5.41	5.19	5.05	4.95	4.88	4.82	4.77	4.74	4.70	4.68	4.66	4.64	4.62	4.60	4.59	4.58
6	5.99	5.14	4.76	4.53	4.39	4.28	4.21	4.15	4.10	4.06	4.03	4.00	3.98	3.96	3.94	3.92	3.91	3.90
7	5.59	4.74	4.35	4.12	3.97	3.87	3.79	3.73	3.68	3.64	3.60	3.57	3.55	3.53	3.51	3.49	3.48	3.47
8	5.32	4.46	4.07	3.84	3.69	3.58	3.50	3.44	3.39	3.35	3.31	3.28	3.26	3.24	3.22	3.20	3.19	3.17
9	5.12	4.26	3.86	3.63	3.48	3.37	3.29	3.23	3.18	3.14	3.10	3.07	3.05	3.03	3.01	2.99	2.97	2.96
10	4.90	4.10	3.71	3.48	3.33	3.22	3.14	3.07	3.02	2.98	2.94	2.91	2.89	2.86	2.85	2.83	2.81	2.80
11	4.84	3.98	3.59	3.36	3.20	3.09	3.01	2.95	2.90	2.85	2.82	2.79	2.76	2.74	2.72	2.70	2.69	2.67
12	4.75	3.89	3.49	3.26	3.11	3.00	2.91	2.85	2.80	2.75	2.72	2.69	2.66	2.64	2.62	2.60	2.58	2.57
13	4.67	3.81	3.41	3.18	3.03	2.92	2.83	2.77	2.71	2.67	2.63	2.60	2.58	2.55	2.53	2.51	2.50	2.48
14	4.60	3.74	3.34	3.11	2.96	2.85	2.76	2.70	2.65	2.60	2.57	2.53	2.51	2.48	2.46	2.44	2.43	2.41
15	4.54	3.68	3.29	3.06	2.90	2.79	2.71	2.64	2.59	2.54	2.51	2.48	2.45	2.42	2.40	2.38	2.37	2.35
16	4.49	3.63	3.24	3.01	2.85	2.74	2.66	2.59	2.54	2.49	2.46	2.42	2.40	2.37	2.35	2.33	2.32	2.30
17	4.45	3.59	3.20	2.96	2.81	2.70	2.61	2.55	2.49	2.45	2.41	2.38	2.35	2.33	2.31	2.29	2.27	2.26
18	4.41	3.55	3.16	2.93	2.77	2.66	2.58	2.51	2.46	2.41	2.37	2.34	2.31	2.29	2.27	2.25	2.23	2.22
19	4.38	3.52	3.13	2.90	2.74	2.63	2.54	2.48	2.42	2.38	2.34	2.31	2.28	2.26	2.23	2.21	2.20	2.18
20	4.35	3.49	3.10	2.87	2.71	2.60	2.51	2.45	2.39	2.35	2.31	2.28	2.25	2.22	2.20	2.18	2.17	2.15
21	4.32	3.47	3.07	2.84	2.68	2.57	2.49	2.42	2.37	2.32	2.28	2.25	2.22	2.20	2.18	2.16	2.14	2.12
22	4.30	3.44	3.05	2.82	2.66	2.55	2.46	2.40	2.34	2.30	2.26	2.23	2.20	2.17	2.15	2.13	2.11	2.10
23	4.28	3.42	3.03	2.80	2.64	2.53	2.44	2.37	2.32	2.27	2.23	2.20	2.18	2.15	2.13	2.11	2.09	2.07
24	4.26	3.40	3.01	2.78	2.62	2.51	2.42	2.36	2.30	2.25	2.21	2.18	2.15	2.13	2.11	2.09	2.07	2.05
25	4.24	3.39	2.99	2.76	2.60	2.49	2.40	2.34	2.28	2.24	2.20	2.16	2.14	2.11	2.09	2.07	2.05	2.04
26	4.23	3.37	2.98	2.74	2.59	2.47	2.39	2.32	2.27	2.22	2.18	2.15	2.12	2.09	2.07	2.05	2.03	2.02
27	4.21	3.35	2.96	2.73	2.57	2.46	2.37	2.31	2.25	2.20	2.17	2.13	2.10	2.08	2.06	2.04	2.02	2.00
28	4.20	3.34	2.95	2.71	2.56	2.45	2.36	2.29	2.24	2.19	2.15	2.12	2.09	2.06	2.04	2.02	2.00	1.99
29	4.18	3.33	2.93	2.70	2.55	2.43	2.35	2.28	2.22	2.18	2.14	2.10	2.08	2.05	2.03	2.01	1.99	1.97
30	4.17	3.32	2.92	2.69	2.53	2.42	2.33	2.27	2.21	2.16	2.13	2.09	2.06	2.04	2.01	1.99	1.98	1.96
32	4.15	3.29	2.90	2.67	2.51	2.40	2.31	2.24	2.19	2.14	2.10	2.07	2.04	2.01	1.99	1.97	1.95	1.94
34	4.13	3.28	2.88	2.65	2.49	2.38	2.29	2.23	2.17	2.12	2.08	2.05	2.02	1.99	1.97	1.95	1.93	1.92
36	4.11	3.26	2.87	2.63	2.48	2.36	2.28	2.21	2.15	2.11	2.07	2.03	2.00	1.98	1.95	1.93	1.92	1.90
38	4.10	3.24	2.85	2.62	2.46	2.35	2.26	2.19	2.14	2.09	2.05	2.02	1.99	1.96	1.94	1.92	1.90	1.88
40	4.08	3.23	2.84	2.61	2.45	2.34	2.25	2.18	2.12	2.08	2.04	2.00	1.97	1.95	1.92	1.90	1.89	1.87
42	4.07	3.22	2.83	2.59	2.44	2.32	2.24	2.17	2.11	2.06	2.03	1.99	1.96	1.93	1.91	1.89	1.87	1.86
44	4.06	3.21	2.82	2.58	2.43	2.31	2.23	2.16	2.10	2.05	2.01	1.98	1.95	1.92	1.90	1.88	1.86	1.84
46	4.05	3.20	2.81	2.57	2.42	2.30	2.22	2.15	2.09	2.04	2.00	1.97	1.94	1.91	1.89	1.87	1.85	1.83
48	4.04	3.19	2.80	2.57	2.41	2.29	2.21	2.14	2.08	2.03	1.99	1.96	1.93	1.90	1.88	1.86	1.84	1.82
50	4.03	3.18	2.79	2.56	2.40	2.29	2.20	2.13	2.07	2.03	1.99	1.95	1.92	1.89	1.87	1.85	1.83	1.81
55	4.02	3.16	2.77	2.54	2.38	2.27	2.18	2.11	2.06	2.01	1.97	1.93	1.90	1.88	1.85	1.83	1.81	1.79
60	4.00	3.15	2.76	2.53	2.37	2.25	2.17	2.10	2.04	1.99	1.95	1.92	1.89	1.86	1.84	1.82	1.80	1.78
65	3.99	3.14	2.75	2.51	2.36	2.24	2.15	2.08	2.03	1.98	1.94	1.90	1.87	1.85	1.82	1.80	1.78	1.76
70	3.98	3.13	2.74	2.50	2.35	2.23	2.14	2.07	2.02	1.97	1.93	1.89	1.86	1.84	1.81	1.79	1.77	1.75
80	3.96	3.11	2.72	2.49	2.33	2.21	2.13	2.06	2.00	1.95	1.91	1.88	1.84	1.82	1.79	1.77	1.75	1.73
90	3.95	3.10	2.71	2.47	2.32	2.20	2.11	2.04	1.99	1.94	1.90	1.86	1.83	1.80	1.78	1.76	1.74	1.72
100	3.94	3.09	2.70	2.46	2.31	2.19	2.10	2.03	1.97	1.93	1.89	1.85	1.82	1.79	1.77	1.75	1.73	1.71
125	3.92	3.07	2.68	2.44	2.29	2.17	2.08	2.01	1.96	1.91	1.87	1.83	1.80	1.77	1.75	1.72	1.70	1.69
150	3.90	3.06	2.66	2.43	2.27	2.16	2.07	2.00	1.94	1.89	1.85	1.82	1.79	1.76	1.73	1.71	1.69	1.67
200	3.89	3.04	2.65	2.42	2.26	2.14	2.06	1.98	1.93	1.88	1.84	1.80	1.77	1.74	1.72	1.69	1.67	1.66
300	3.87	3.03	2.63	2.40	2.24	2.13	2.04	1.97	1.91	1.86	1.82	1.78	1.75	1.72	1.70	1.68	1.66	1.64
500	3.86	3.01	2.62	2.39	2.23	2.12	2.03	1.96	1.90	1.85	1.81	1.77	1.74	1.71	1.69	1.66	1.64	1.62
1000	3.85	3.00	2.61	2.38	2.22	2.11	2.02	1.95	1.89	1.84	1.80	1.76	1.73	1.70	1.68	1.65	1.63	1.61
∞	3.84	3.00	2.60	2.37	2.21	2.10	2.01	1.94	1.88	1.83	1.79	1.75	1.72	1.69	1.67	1.64	1.62	1.60

Table de Student.

RESUME :

Objectifs :

Evaluer les bonnes pratiques d'hygiène, lors du geste du sondage urinaire évacuateur à la maternité de l'HCE du CHU de Grenoble.

Etudier s'il existait une différence de pratiques entre les sages-femmes et les étudiantes.

Mettre à jour le protocole.

Matériel et méthodes :

Audit clinique, descriptif, prospectif, transversal et mono centrique, par observations des sages-femmes et des étudiantes. Le personnel ne connaissait pas le thème de l'étude.

Résultats :

Une observance globale de 51% a été constatée sur l'hygiène des mains, les 7 temps de friction n'ont pas été systématiquement réalisés. 81% du personnel a porté un masque lors du geste. L'antisepsie vulvaire a été totalement réalisée par 52% du personnel. 77% des sages-femmes n'ont pas évacué les sondes urinaires dans la filière adaptée.

Conclusion :

Les résultats obtenus lors de l'étude sont sensiblement les mêmes que ceux de la littérature. Il existe une différence statistiquement significative sur le nombre d'hygiène des mains entre les étudiants sages-femmes et les sages-femmes. Un nouveau protocole a été créé grâce aux résultats de l'étude, ainsi qu'aux retours des sages-femmes sur le protocole actuel.

Mots clés :

- Sondage urinaire évacuateur - Hygiène des mains – Antisepsie vulvaire - Sages-femmes.

ABSTRACT:

Objectives: first, evaluate good hygiene practices during urinary catheterization on the maternity ward at the CHU in Grenoble.

Then, assess differences between midwife and student midwife practices. Finally, update the current protocol.

Material and Methods: descriptive, prospective, transversal and monocentric clinical audit, via the observation of midwives and student midwives. The nursing staff were not aware of the subject of the experiment.

Results: hand hygiene was evaluated at 51%; hand rub wasn't properly executed. 81% of the staff wore masks during the procedure. Vulval antisepsis was done properly by 52% of staff. 77% of the midwives did not respect the indicated disposal instructions.

Conclusion: the results of the study are really similar to what can be found in scientific publications. There are relevant differences between midwife and student midwife hygiene practices.

Thanks to these results and to the feedback from nursing staff, a protocol update has been developed.

Keywords: - Urinary catheterization - Hand hygiene - Vulval antisepsis - Midwife.