



HAL
open science

Évaluation des pratiques professionnelles respect des règles d'hygiène lors des périnéorraphies en salle de naissance à l'hôpital couple enfant de Grenoble

Camille Lusson

► **To cite this version:**

Camille Lusson. Évaluation des pratiques professionnelles respect des règles d'hygiène lors des périnéorraphies en salle de naissance à l'hôpital couple enfant de Grenoble. Gynécologie et obstétrique. 2018. dumas-01882243

HAL Id: dumas-01882243

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01882243v1>

Submitted on 26 Sep 2018

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 :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.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 MAÏEUTIQUE

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES
RESPECT DES REGLES D'HYGIENE
LORS DES PERINEORRAPHIES EN SALLE DE NAISSANCE
A L'HOPITAL COUPLE ENFANT DE GRENOBLE

Mémoire soutenu le 21 Juin 2018.

Par : LUSSON Camille

[Données à caractère personnel]

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

2017 – 2018

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES

U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES
RESPECT DES REGLES D'HYGIENE
LORS DES PERINEORRAPHIES EN SALLE DE NAISSANCE
A L'HOPITAL COUPLE ENFANT DE GRENOBLE

Mémoire soutenu le 21 Juin 2018.

Par : LUSSON Camille

[Données à caractère personnel]

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

2017 – 2018

RESUME :

Objectifs : En premier, évaluer le respect des règles d'hygiène lors d'une périnéorrhaphie après un accouchement voie basse. Puis évaluer si les pratiques concernant les règles d'hygiène lors d'une périnéorrhaphie après une épisiotomie versus après une déchirure spontanée et entre professionnels et étudiants diffèrent.

Méthode : Etude observationnelle, descriptive, transversale, monocentrique d'évaluation des pratiques professionnelles. Etude réalisée par observation du personnel médical en salle de naissance à l'HCE de Grenoble. Le sujet de l'étude était gardé secret.

Résultats : Une observance globale de 76% avant soin et 74% après soin est constatée sur l'hygiène des mains. L'antisepsie vulvo-périnéale en 4 temps est réalisée de façon conforme dans seulement 21% des observations. La préparation du matériel et la tenue chirurgicale sont maîtrisées par la majorité des soignants. La gestion des déchets n'est acquise que par 45% des audités.

Conclusion : Les résultats obtenus sont comparables à ceux de la littérature. L'antisepsie vulvo-périnéale constitue le principal axe d'amélioration. Il existe une différence statistiquement significative sur le respect de l'antisepsie entre les étudiants et les sages-femmes ainsi qu'entre les épisiotomies et les déchirures spontanées. Les résultats ont été transmis aux équipes et le protocole sur la réfection périnéale sera mis à jour.

Mots clés :

Evaluation des pratiques professionnelles - Périnéorrhaphie - Hygiène des mains – Antisepsie vulvo-périnéale.

ABSTRACT:

Objectives : Firstly evaluate the right hygiene practices during perineal repair on the maternity at the Grenoble's CHU. Then evaluate the possible differences practices between medical professional and students, and differences between episiotomy and perineal tears.

Material and Methods: It's a descriptive, observational, transversal and monocentric clinical audit. This study is based on direct observations of doctors, midwives and students. The nursing staff were not aware of the subject.

Results: hand hygiene was evaluated at 76% before care and 74% after care. Perineum antisepsis was done accordance by 21%. The preparation of the material and the surgical dress are mastered by the majority of the caregivers. Waste management is acquired by only 45% of the auditees.

Conclusion: Our results are similar as scientific publications on the same topic. Vulvoperineal antisepsis is the main axis of improvement. There is a statistically significant difference in respect for antisepsis between students and midwives and between episiotomies and spontaneous tears. The results have been communicated and the protocol on perineal repair will be updated.

Keywords:

Clinical audit - Perineal repair- Hand hygiene - Perineum antisepsis -

REMERCIEMENTS :

Je remercie les membres du jury :

- ♦ **Mme Chrystèle CHAVATTE**, Sage-Femme Enseignante au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, Présidente du Jury.

- ♦ **Mme le Dr Delphine HEIMBURGER**, Praticien Hospitalier en anesthésie réanimation du Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes, Co-Président du Jury.

- ♦ **Mme Claire SALOMON**, Sage-femme au Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes, Membre invité du Jury.

- ♦ **Mme Marianne JEANNIN**, Sage-femme cadre au Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes, Directrice de ce mémoire.

- ♦ **Mr Lionel CURTO**, Sage-Femme Enseignant au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, Co-Directeur de ce mémoire.

Je remercie plus particulièrement :

- ♦ **Mme Marianne JEANNIN**, Sage-femme cadre au Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes, Directrice de ce mémoire.
Pour avoir accepté de diriger ce mémoire, pour son aide précieuse et sa disponibilité tout au long de l'élaboration de ce travail.

- ♦ **Mr Lionel CURTO**, Sage-Femme Enseignant au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, Co-Directeur de ce mémoire.
Pour son soutien, ses conseils, et sa disponibilité durant l'élaboration de ce mémoire.

- ♦ **Les sages-femmes de l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble.**
Pour leur collaboration, leur disponibilité, et leur bienveillance lors de mes observations.

- ♦ **Mme Claudine MARTIN et Mr Lionel CURTO**, sages-femmes enseignants référents.
Pour nous avoir transmis leur savoir, accompagnés et soutenus durant ces quatre années d'études.

- ♦ **Laure CHALVIN**, Etudiante sage-femme promotion 2018.
Pour son amitié, son soutien et son aide lors de la réalisation de ce mémoire notamment lors des observations conjointes.

Je remercie personnellement :

♦ **Mes parents et mon frère,**

Pour leur amour et tout leur soutien.

♦ **Mes amis et mes proches,**

Pour leur soutien et leur joie de vivre.

♦ **Mes amies de promotion,**

Pour ces quatre années d'étude et tous ces bons moments passés ensemble.

Table des matières

ABREVIATION	9
I. INTRODUCTION :	10
II. MATERIELS ET METHODES :	13
1. Type d'étude :	13
2. Période d'étude :	13
3. Population, critères d'inclusion et d'exclusion :	13
4. Recueil de données :	13
5. Taille de l'échantillon :	15
6. Référentiel :	15
7. Méthodes statistiques :	17
III. RESULTATS :	18
1. Caractéristique de la population :	19
2. Caractéristique des déchirures/ épisiotomies :	19
3. Respect des précautions standards :	20
4. Comparaison sages-femmes versus étudiants :	24
5. Comparaison épisiotomie versus déchirure :	25
6. Etat du périnée à distance :	26
IV. DISCUSSION :	27
1. Limites et biais de l'étude :	27
2. Analyse des résultats et comparaison avec la littérature :	28
3. Perspectives et Axes d'amélioration :	35
V. CONCLUSION :	38
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	39
ANNEXES :	43
RESUME :	47

ABREVIATION

AVB : Accouchement Voie Basse

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

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

CPIAS : Centre d'appui pour la Prévention des Infections Associées aux soins

SDN : Salle De Naissance

SF : Sage-Femme

ESF : Etudiante Sage-Femme

GO : Gynécologue-Obstétricien

IO : Interne en Obstétrique

HCE : Hôpital Couple-Enfant

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

GHA : Gel Hydro-Alcoolique

HDM : Hygiène Des Mains

DAOM : Déchets Assimilés aux Ordures Ménagères

DASRI : Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux

AES : Accidents d'Exposition au Sang

HAS : Haute Autorité de Santé

I. INTRODUCTION :

La périnéorrhaphie ou réfection périnéale correspond à la suture d'une déchirure du périnée ou d'une épisiotomie, généralement réalisée après un accouchement. Le but de ce geste chirurgical est de rapprocher les berges du périnée afin de faciliter sa cicatrisation et limiter les éventuelles complications (hémorragies, douleurs, infections, thrombus...). Il existe différents degrés de déchirure périnéale. Plusieurs classifications ont répertorié ces déchirures, telles que la classification française et la classification anglo-saxonne. La classification anglo-saxonne est la plus utilisée dans la littérature. Les déchirures du 1^{er} degré sont des déchirures périnéales isolées, superficielles et simples, qui peuvent atteindre la peau et la muqueuse vaginale. Les déchirures du 2^e degré sont des déchirures simples atteignant la peau, la muqueuse vaginale et le noyau fibreux central du périnée. L'épisiotomie est associée au second degré. Les déchirures du 3^e degré correspondent à des déchirures complètes c'est-à-dire avec une atteinte du sphincter externe de l'anus. Les déchirures du 4^e degré sont des déchirures complètes compliquées, on observe une lésion sphinctérienne à laquelle se rajoute une rupture de la paroi ano-rectale antérieure [1].

Les recommandations concernant les techniques de suture, régies par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), prônent l'utilisation préférentielle d'un fil synthétique résorbable et le surjet continu, avec un surjet intradermique ou la technique « un fil un nœud ». Le surjet continu est préférable aux points séparés car il réduit significativement la douleur et le risque de déhiscence [2].

Les recommandations sanitaires concernant la périnéorrhaphie sont, elles, définies par le Centre d'appui pour la Prévention des Infections Associées aux Soins (CPIAS) qui établit des protocoles afin d'uniformiser les pratiques et limiter l'apparition d'infections nosocomiales. Le protocole reste le même quelque soit le degré de déchirure [3].

Avec près de 65,9 % de déchirures périnéales et épisiotomies chez les accouchées voie basse en 2016, la périnéorraphie est un acte chirurgical invasif fréquent dans l'activité de la sage-femme et du gynécologue-obstétricien. C'est également un acte à risque infectieux. D'après le rapport MateR 2016, 11 % des infections nosocomiales chez les accouchées par voie basse étaient des infections sur site opératoire, comparable aux taux retrouvés dans le rapport MateR 2015 [4][5]. Les infections du périnée et du vagin faisant suite à une périnéorraphie restent relativement rares, fréquence relative de 0,2% chez les accouchées voie basse, mais lorsqu'elles surviennent, elles sont généralement graves [6]. Elles s'expriment par la présence d'une induration au niveau de la suture, c'est-à-dire un abcès, une douleur, de la fièvre, ainsi qu'un écoulement de pus, qui nécessite une intervention chirurgicale le plus souvent. De plus, les infections du site opératoire, apparaissant en moyenne au 7^e jour post-partum chez les AVB, restent aujourd'hui mal évaluées et pourraient représenter une part plus importante des infections nosocomiales chez les accouchées voie basse [5].

Il apparaît donc important de savoir réparer les lésions périnéales dans la pratique quotidienne et de respecter une asepsie rigoureuse afin d'améliorer la qualité de vie à court terme et à long terme des parturientes, et de limiter les complications [7]. Cependant très peu d'études existent concernant le respect des bonnes pratiques lors des réfections périnéales. Il a semblé judicieux de réaliser une évaluation des pratiques professionnelles sur la réalisation des périnéorraphies en salle d'accouchement à la maternité de l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble (HCE).

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le respect des bonnes pratiques d'hygiène lors d'une périnéorraphie réalisée en salle de naissance à l'HCE après un accouchement par voie basse (AVB).

Les objectifs secondaires étaient d'étudier :

- s'il existe une différence de pratiques concernant les règles d'hygiène lors d'une périnéorraphie réalisée après une épisiotomie versus réalisée après une déchirure spontanée.
- s'il existe une différence de pratiques concernant les règles d'hygiène, entre les professionnels diplômés et les étudiants.

II. MATERIELS ET METHODES :

1. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude épidémiologique, observationnelle, descriptive, transversale, monocentrique, d'évaluation des pratiques professionnelles. Cette étude a été réalisée par observation directe du personnel médical, présent en salle de naissance (SDN) à la maternité de niveau III de l'Hôpital Couple Enfant (HCE) au Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes (CHUGA) pendant la période d'observation.

2. Période d'étude :

L'étude a été réalisée sur une période de cinq semaines, entre le 17 Juillet 2017 et le 24 Août 2017. Les observations ont été faites de jour et de nuit, en semaine, week-end inclus.

3. Population, critères d'inclusion et d'exclusion :

Les professionnels inclus dans cette étude étaient les gynécologues-obstétriciens (GO), les internes en obstétrique (IO), les sages-femmes (SF) et les étudiantes sages-femmes (ESF), qui étaient présents en SDN à l'HCE lors de la période d'observation.

Le médecin chef de service d'obstétrique, la sage-femme cadre du service, les sages-femmes enseignantes ainsi que les étudiants sages-femmes en 4^e année d'étude, prévenus de l'étude, ont été exclus. Le personnel médical ainsi que les femmes enceintes ou couple ne souhaitant pas être observés ont également été exclus.

Les périnéorraphies observées lors de l'étude ont été celles réalisées après un accouchement voie basse au bloc obstétrical.

4. Recueil de données :

Le personnel médical n'était pas informé de l'objet de l'étude. Leur accord ainsi que celui des femmes enceintes ou couple étaient requis avant les observations. Un formulaire écrit était

remis au couple préalablement, présentant l'étude et recueillant leur consentement. (cf. Annexe I).

Le recueil de données a été réalisé conjointement avec une autre étudiante sage-femme, menant en parallèle un audit de pratique en salle de naissance à l'HCE de Grenoble sur le peau-à-peau. Lors des observations, ni intervention, ni participation aux soins des patientes n'ont été effectuées par les observateurs.

Les données ont été recueillies prospectivement par une observation directe des pratiques en salle de naissance pour la majorité d'entre elles et à partir du dossier obstétrical pour les informations relevant de la traçabilité. L'ensemble des actes réalisés pendant l'accouchement et le post-partum immédiat ont été observés. Une seule observation de réfection périnéale en SDN par SF ou GO ou IO ou ESF était effectuée par jour.

Les données ont été relevées dans une grille d'évaluation sur papier, réalisée à partir des recommandations établies par le CClin Sud Est [3] (Cf. annexe II).

Les données, basées sur les précautions standards portaient sur :

- Le lavage des mains
- L'antisepsie vulvo-périnéale
- La tenue chirurgicale
- La désinfection chirurgicale des mains par friction
- L'utilisation d'instrumentation stérile « spéciale épisiotomie »
- La gestion des déchets et du dossier obstétrical

Le critère de jugement principal était le taux de conformité des pratiques professionnelles pour chaque précaution standard nécessaire lors des périnéorraphies.

Les dossiers ont été consultés trois mois après la réalisation des observations pour observer si des patientes étaient revenues consulter pour une infection du périnée suite à la suture réalisée.

5. Taille de l'échantillon :

Dans le cadre d'un audit clinique de pratique, selon l'HAS, il est admis que l'échantillon doit contenir au minimum 30 cas [8]. Cinquante trois observations directes d'accouchement ont été réalisées. Il y a eu 11 périnées intacts après accouchement voie basse, ce qui réduit le nombre d'observation analysée dans le cadre de cette étude à 42.

6. Référentiel :

Le référentiel est le protocole suture d'épisiotomie établi par le CCLIN Sud-Est daté de 2011 (Cf. Annexe III).

» Hygiène des mains :

Selon les recommandations du CCLIN, l'hygiène des mains (HDM) doit être effectuée par friction avec du gel hydro-alcoolique, le lavage des mains est effectué uniquement si les mains sont visuellement souillées. La friction au GHA reste la procédure de référence pour l'hygiène des mains. Au préalable le soignant doit avoir les ongles courts, sans vernis ni bijoux ainsi que porter des manches courtes. L'hygiène des mains est recommandée avant de préparer le matériel, avant de réaliser la toilette vulvo-périnéale et à la fin du soin. Selon les recommandations la friction doit durer au minimum 30 secondes et doit intégrer sept étapes [9] [10].

» L'antisepsie vulvo-périnéale :

L'antisepsie vulvo-périnéale est un soin nécessaire avant toute réfection périnéale. Elle doit être réalisée à l'aide de compresses stériles et en quatre temps, qui sont le lavage au

savon antiseptique, le rinçage à l'eau, le séchage, et l'antisepsie à proprement dite avec un antiseptique de la même gamme que le savon. Pour être conforme l'antisepsie doit respecter les zones grandes lèvres, petites lèvres et vagin [11].

» Désinfection chirurgicale des mains :

La désinfection chirurgicale des mains par friction est recommandée avant tout acte de chirurgie ou geste invasif. Elle consiste à effectuer deux frictions successives des mains et avant bras avec du gel hydro-alcoolique. La friction doit durer au minimum une minute et 30 secondes et doit respecter les sept étapes de la désinfection des mains en ajoutant la désinfection des avant-bras [12].

» Tenue chirurgicale :

La tenue recommandée lors d'une suture du périnée est la tenue chirurgicale de bloc opératoire. Le soignant doit porter une casaque chirurgicale stérile, un masque à visière ou masque et lunettes de protection, un callot à usage unique, et des gants chirurgicaux stériles. L'intérêt est la protection à la fois du patient et du soignant [13].

» Gestion des déchets :

Les aiguilles et matériels piquants utilisés lors des sutures du périnée doivent être évacués dans les boîtes jette-aiguilles. Les déchets souillés de manière macroscopique par du liquide biologique tel que le sang doivent être éliminés dans les recueils de déchets d'activité de soins à risque infectieux (DASRI). Les autres déchets, tels que les masques, casaque chirurgicale et champs stériles non souillés macroscopiquement, emballages divers (emballages du matériel stérile), doivent être évacués dans les recueils de déchets assimilables aux ordures ménagères (DAOM). [14]

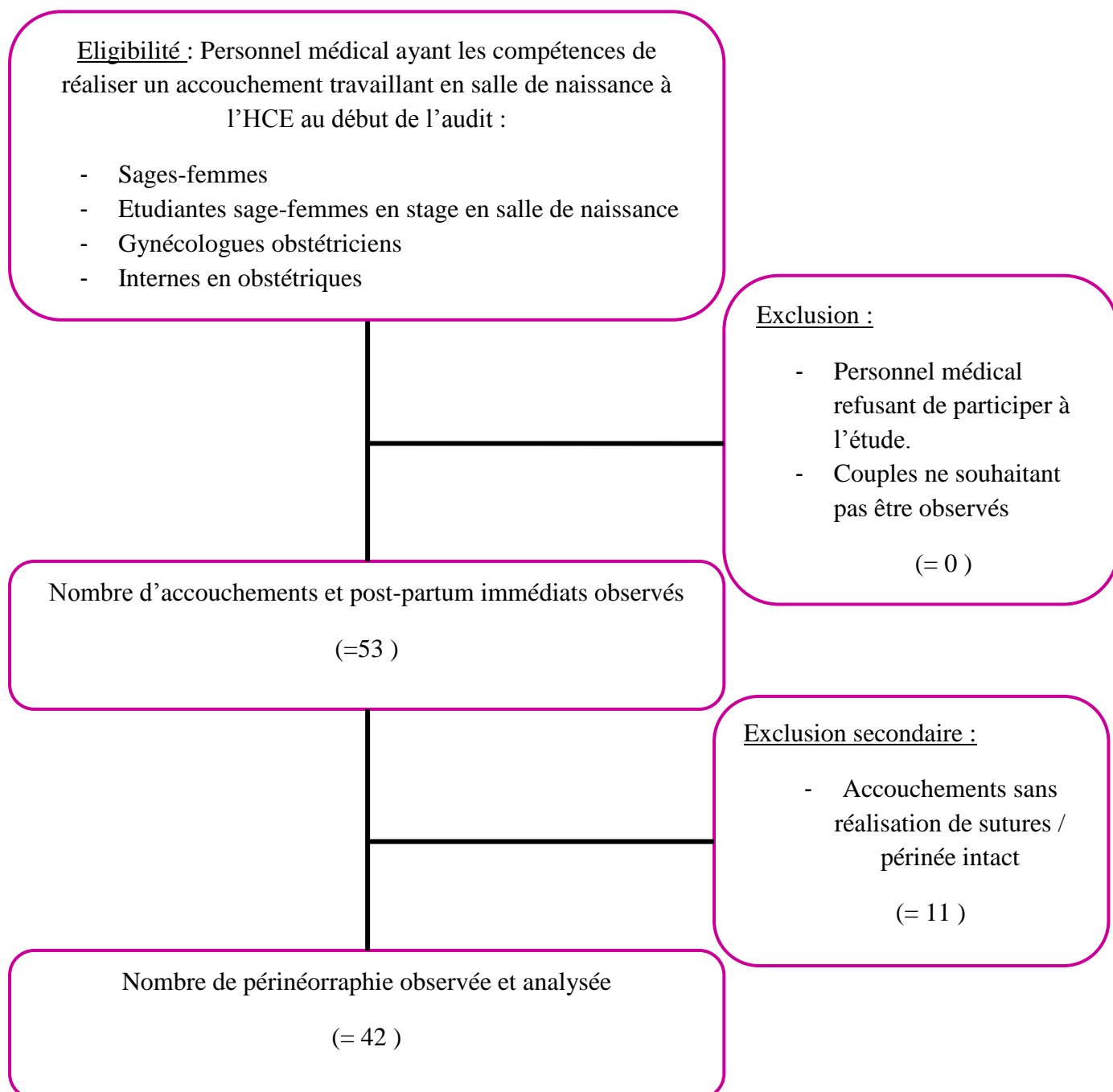
7. Méthodes statistiques :

L'analyse statistique des données a été réalisée à l'aide du logiciel Microsoft Excel ainsi que du logiciel de statistique Stat View. Les variables qualitatives ont été décrites par les effectifs et les pourcentages. L'analyse de certaines données a été réalisée au moyen des Tests de Fisher et Student avec une p-value significative inférieure à 0,05 pour un intervalle de confiance à 95%.

III. RESULTATS :

Cinquante trois accouchements ont été observés. Parmi ces 53 accouchements, il y avait 11 périnées intacts et 42 périnéorraphies. Quarante deux périnéorraphies ont pu être analysées lors de cette étude.

Diagramme d'inclusion :



1. Caractéristique de la population :

Tableau I : Population :

	Effectif (N=42)	Pourcentage (%)
Sage femme	25	60%
Gynécologue Obstétricien	0	0%
Interne	11	26%
Etudiante sage-femme	6	14%

Sur les 42 réfections périnéales observées, 25 (60%) ont été réalisées par des SF, 11 (26%) par des IO et six (14%) par des ESF. Aucune périnéorrhaphie effectuée par un GO n'a pu être observée.

2. Caractéristique des déchirures/ épisiotomies :

Tableau II : Déchirures périnéales :

	Effectif (N=42)	Pourcentage (%)
Déchirure 1 ^{er} degré	21	50%
Déchirure 2 ^e degré	6	14%
Déchirure 3 ^e degré	1	2%
Déchirure 4 ^e degré	0	0%
Épisiotomie	14	33%

Parmi les 42 réfections périnéales, 28 (66%) étaient des déchirures spontanées et 14 (33%) étaient des épisiotomies médio-latérales. Il a été observé 21 (50%) déchirures spontanées du 1^{er} degré, six (14%) déchirures du 2^e degré, une (2%) déchirure du 3^e degré. Aucune déchirure complète compliquée n'a pu être observée.

Les SF ont suturé 20 déchirures périnéales, et cinq épisiotomies. Les IO ont réalisé les réfections de deux déchirures périnéales et neuf épisiotomies. Les ESF ont uniquement suturé des déchirures périnéales, au nombre de six. Concernant les techniques de sutures utilisées, 38 (91%) étaient des points séparés au niveau de la peau, trois (7%) étaient des surjets intradermiques, une (2%) était la technique un fil un nœud.

3. Respect des précautions standards :

Tableau III : Précautions standards :

	Effectif (N= 42)	(%)
Hygiène des mains avant soin		
Hygiène des mains conforme	18	43%
Hygiène des mains non conforme	14	33%
Absence d'hygiène des mains	10	24%
Toilette vulvo-périnéale avant soin		
Toilette vulvo-périnéale conforme	13	31%
Toilette vulvo-périnéale non conforme	25	59,5%
Absence de toilette vulvo-périnéale	4	9,5%
Port de gants non stérile	36	86%
Utilisation de compresses	38	90%
Respect du nombre de compresses	14	33%
Respect des 3 temps d'antisepsie	26	62%
Respect des zones	26	62%
Antisepsie vulvo-périnéale		
Antisepsie conforme	9	21%
Antisepsie non conforme	23	55%
Absence d'antisepsie	10	24%
Utilisation de compresses stériles	20	48%
Respect du nombre de compresses	10	24%
Respect des zones	12	29%
Préparation du matériel		
Conformité	37	88%
Utilisation du guéridon	42	100%
Instrumentation spéciale « épisiotomie »	41	98%
Compresses stériles	42	100%
Fils stériles	42	100%
Ouverture stérile du matériel	37	88%
Désinfection chirurgicale des mains		
Désinfection conforme	21	50%
Désinfection non conforme	17	40%
Absence de désinfection des mains	4	10%
Utilisation de GHA	31	74%
Respect des 7 temps de friction	25	60%
Respect du temps de friction	21	50%
Tenue chirurgicale		
Conformité	18	43%
Sarrau	36	86%
Masque	42	100%
Callot	42	100%
Lunette de protection / masque visière	19	45%
Gants stériles	41	98%
Toilette vulvo-périnéale en fin de soin		
Toilette vulvo-périnéale conforme	10	24%
Toilette vulvo-périnéale non conforme	27	64%
Absence de toilette vulvo périnéale	5	12%
Utilisation de compresses	37	88%
Respect du nombre de compresses	7	17%
Respect des 3 temps de savon antiseptique	24	57%
Respect des zones	22	52%
Hygiène des mains en fin de soin		
Hygiène des mains conforme	16	38%
Hygiène des mains non conforme	15	36%
Absence d'hygiène des mains	11	26%

» Hygiène des mains avant soin :

L'observance globale de l'hygiène des mains avant soin est de 76% (32). La désinfection des mains avant le soin a été réalisée conformément au protocole par 18 soignants soit un taux de conformité de 43%. Aucune hygiène des mains n'a été effectuée dans 24% (10) des observations. Dans 33% (14) des observations, une hygiène des mains a été faite mais de manière non conforme, soit par absence des 7 temps de frictions, soit par un temps de friction inférieur à 30 secondes.

» Toilette vulvo-périnéale avant soin :

Trente et un pourcent du personnel médical observé a effectué une toilette vulvo-périnéale correcte par rapport au protocole. Les trois temps de Bétadine ont été effectués dans 62% (26) des observations. Les compresses stériles ont été utilisées dans 90% (38) des observations mais le nombre correct de compresses utilisées n'a pu être observé que dans 33% (14) des situations. Le respect des zones était conforme dans 62% (26) des observations. Le port de gants non stériles lors de la toilette a pu être observé dans 86% (36) des observations, dans une observation les gants de l'accouchement ont été conservés lors de la réalisation de la toilette, et dans une observation la toilette a été faite sans utiliser de gants. Aucune toilette vulvo-périnéale n'a été effectuée dans quatre observations.

» Antisepsie vulvo-périnéale :

Parmi les 42 observations, 21% (9) des SF/ESF/IO ont effectué une antisepsie vulvo-périnéale correcte après réalisation d'une toilette vulvo-périnéale. 76% (32) ont appliqué un antiseptique sur le périnée, 47% (20) ont réalisé une antisepsie à l'aide de Bétadine® dermique ou gynécologique et de compresses, 29% (12) ont utilisé de la Bétadine® dermique ou gynécologique directement en jet sur le périnée sans utiliser de compresses, et dans 24% (10) des observations aucune antisepsie n'a été effectuée. Les compresses stériles ont été

utilisées dans 48% (20) des observations, mais seules dans 10 (24%) observations le nombre de compresses nécessaire a été respecté. Le respect des zones était conforme dans 29% (12) des cas.

» Matériels :

La préparation du matériel a été réalisée de façon conforme par rapport au protocole dans 88% (37) des situations. L'ensemble des SF/ESF/IO observés ont préparé des compresses stériles, des fils stériles, et champs stériles sur un guéridon. Quarante et un (98%) soignants ont préparé des instruments spéciaux « épisiotomie » pour réaliser la suture, dans une observation, les instruments d'accouchement ont été réutilisés pour effectuer la suture. La patiente a été installée en position gynécologique avec installation de champs stériles dans 100% des observations. Trente sept (88%) SF/ESF/IO observés ont réalisé une ouverture stérile du matériel.

» Désinfection chirurgicale des mains :

La désinfection chirurgicale des mains par friction avant réalisation de la suture du périnée a été réalisée de manière conforme au protocole par 21 (50%) soignants. Les sept temps de friction des mains et avant-bras ont été respectés dans 60% (25) des observations. La durée du temps de friction a été respectée dans 50% (21) des observations. Aucune désinfection des mains n'a été réalisée dans quatre observations.

» Tenue chirurgicale :

La tenue chirurgicale était conforme dans 17 (40%) observations. L'ensemble du personnel observé portait un masque et un calot. Le port du sarrau a été observé dans 86% (36) des situations et les lunettes de protection étaient portées dans 45% (19) des situations. Les gants stériles ont été utilisés dans 41 (98%) observations, quatre étaient un port double, et

37 étaient un port simple, et dans une observation ce sont les gants utilisés lors de l'accouchement qui ont servi pour la suture.

» Périnéorraphie :

Dans 98% des observations, la patiente était installée en position gynécologique avec mise en place de champs stériles sous fessiers, et sur chaque jambe. Dans une observation, la suture a été effectuée sans installation de champ stérile, la patiente allongée sur le côté. L'anesthésie était suffisante selon la patiente dans 40 (95%) observations. Dans deux situations, les patientes ont exprimé la présence de douleurs, sans ajout d'anesthésie par les soignants. Le respect de la stérilité lors de la suture du périnée a été constatée dans neuf (21%) périnéorraphies. La rupture de la stérilité était observée par absence d'antisepsie préalable, par vérification du globe utérin sans utiliser de champ stérile, et par contact avec des zones non stériles. 41 (98%) soignants ont vérifié le retrait des compresses par toucher vaginal.

» Toilette vulvo-périnéale après soin :

Vingt quatre pourcent du personnel médical observé a effectué une toilette vulvo-périnéale en fin de soin correcte par rapport au protocole. Les trois temps de Bétadine® ont été effectués dans 57% (24) des observations. 64% du personnel médical a effectué une toilette vulvo-périnéale incomplète ou non conforme au protocole. Les compresses stériles ont été utilisées dans 88% (37) des observations mais le nombre correct de compresses utilisées n'a pu être observé que dans 17% (7) des situations. Le respect des zones était conforme dans 52% (22) des observations. Dans 10 (24%) observations aucune toilette vulvo-périnéale après suture n'a été effectuée.

» Hygiène des mains après soin :

L'observance de l'hygiène des mains après soin est de 74% (31). La désinfection des mains après le soin a été réalisée de façon conforme au protocole par 16 (38%) soignants.

36% (15) du personnel médical a effectué une hygiène des mains incomplète ou non conforme au protocole, soit par l'absence des sept temps de friction soit par une durée du temps de friction insuffisante. Aucune hygiène des mains n'a été effectuée dans 26% (11) des observations.

» Gestion des déchets :

La gestion globale des déchets était correcte dans 52% (22) des observations. 100% des SF/ESF/IO ont éliminé les aiguilles et objets tranchants dans le collecteur à disposition, et mis dans la caisse de trempage les instruments à stériliser. Les déchets souillés macroscopiquement de sang ou de liquide biologique ont été éliminés de manière conforme dans les DASRI dans 98% des observations. Cinquante cinq pourcent (23) du personnel médical a éliminé les déchets non souillés de sang de façon conforme dans les DAOM, 45% (19) des personnes ont jeté les déchets non souillés, tels que les champs stériles ou casaques non souillés ou peu souillés par des liquides biologiques, dans les DASRI. La réinstallation de la patiente et la traçabilité des dossiers obstétricaux ont été réalisés dans 100% des observations.

4. Comparaison sages-femmes versus étudiants :

Tableau IV : comparaison des pratiques entre sages-femmes et étudiants :

	SF =25	Etudiants (IO+ESF) = 17	P-value
Hygiène des mains avant soin	19 (76%)	13 (76%)	1
3 tps de toilette	17 (68%)	9 (53%)	
Antiseptique	22 (88%)	10 (59%)	0,06
Antiseptie 4 tps conforme	9 (36%)	0 (0%)	0,005
Préparation matériels	23 (92%)	14 (82%)	
Tenue chirurgicale	10 (40%)	8 (47%)	
Respect stérilité pendant suture	9 (36%)	0 (0%)	0,005
3 tps de toilette	15 (60%)	9 (53%)	
Hygiène des mains après soin	18 (72%)	13 (76%)	1
Gestion des déchets	10 (40%)	12 (71%)	0,06

Aucune différence statistique n'est mise en évidence entre l'hygiène des mains réalisée par les sages-femmes et les étudiants. Il en est de même concernant la toilette vulvo-périnéale, l'application d'antiseptique, la préparation du matériel, la tenue chirurgicale et la gestion des déchets. Cependant, il existe une différence statistiquement significative concernant le respect des quatre temps de l'antisepsie et le respect de la stérilité pendant la réalisation de la suture entre les sages-femmes et les étudiants ($p=0,005$ intervalle de confiance à 95%), les étudiants étant moins observants.

5. Comparaison épisiotomie versus déchirure :

Tableau V : Comparaison des pratiques entre épisiotomie et déchirures périnéales :

	Episiotomie =14	Déchirures =28	P-value
Hygiène des mains avant soin	11 (79%)	21 (75%)	1
3 temps de toilette avant soin	7 (50%)	19 (68%)	
Antiseptique	7 (50%)	25 (89%)	0,008
Antisepsie 4 tps conforme	3 (21%)	6 (21%)	1
Préparation du matériels	12 (86%)	25 (89%)	1
Tenue chirurgicale	8 (57%)	10 (36%)	
Respect stérilité pendant suture	3 (21%)	6 (21%)	1
3 temps de toilette après soin	6 (43%)	18 (64%)	
Hygiène des mains après soin	11 (79%)	20 (71%)	
Gestion des déchets	9 (64%)	13 (46%)	

Aucune différence statistique n'est mise en évidence entre l'hygiène des mains réalisée lors de la réfection d'une épisiotomie et lors de la réfection d'une déchirure périnéale. Il en est de même concernant la toilette vulvo-périnéale, la préparation du matériel, la tenue chirurgicale et la gestion des déchets. Toutefois, il existe une différence statistiquement significative concernant l'application de l'antiseptique lors de la réfection des épisiotomies et la réfection des déchirures périnéales ($p=0,008$ avec intervalle de confiance à 95%).

6. Etat du périnée à distance :

Parmi les 42 observations, 10 femmes ont consulté dans les huit semaines suivant l'accouchement, et pour 32 femmes, aucune notion de consultation post-natale ou consultation aux urgences gynécologiques et obstétriques à l'hôpital couple enfant, dans les suites de l'accouchement n'a été retrouvée. Parmi les 10 femmes ayant consulté à l'HCE, huit femmes ont été revues en consultation post-natale à l'HCE. Dans un cas il y avait notion de dyspareunie sans notion d'infection du périnée, dans un autre cas il y avait notion de désunion à la fourchette du périnée avec une cicatrisation difficile, pour les six autres il y avait une bonne cicatrisation du périnée sans complication. Deux femmes sont venues consulter aux urgences gynécologiques et obstétriques dans les suites de l'accouchement, mais pour un autre motif qu'une infection du périnée.

IV. DISCUSSION :

1. Limites et biais de l'étude :

a. Type d'étude :

Le choix de l'étude par observation a été fait pour éviter un biais déclaratif présent lors d'un recueil par questionnaire. Le sujet précis de l'étude n'était pas dévoilé aux audités. L'étude était présentée comme un audit sur la sécurité des soins autour de l'accouchement et du post-partum immédiat. Sur l'ensemble de l'équipe médicale présent en salle de naissance, il n'y a eu aucun refus de participation à l'audit. Concernant les patientes ou couples, notre présence lors de l'accouchement était facilement acceptée. Grâce au formulaire de consentement et aux explications données au préalable, nous n'avons reçu aucun refus. Lorsqu'un accouchement se présentait, nous allions observer dès lors que nous n'étions pas en observation sur un autre soin.

Cependant il existe des biais relatifs aux observations elles-mêmes. On retrouve un biais lié à la présence de l'observateur, c'est l'effet Hawthorne [15]. En effet la présence de l'observateur peut influencer le comportement du soignant évalué, et ainsi modifier ses pratiques. Le deuxième biais retrouvé liés aux observations est l'effet Halo [15]. Il s'agit d'un biais cognitif provoqué par la tendance de l'observateur à être influencé par une impression générale de l'audit. Pour rester objectif, il est nécessaire d'être neutre et impartial lors des observations, même lorsque les résultats diffèrent de ceux attendus.

De plus comme les observations ont été recueillies par deux observateurs, il était primordial d'avoir une grille de recueil précise et sans ambiguïté sur chacun des items. Il était également important que les deux observateurs soient parfaitement alignés sur la façon de remplir la grille pour que les données recueillies soient indépendantes de l'observateur.

b. Population étudiée :

La taille de l'échantillon du personnel médical observé étant de 42, donc supérieur au 30 cas recommandés lors d'un audit clinique, on peut estimer que les résultats sont représentatifs des pratiques des soignants travaillant à l'HCE. Cependant seul le personnel médical travaillant en salle de naissance pendant la période d'étude a été observé. Les sages-femmes, les étudiantes sages-femmes et les internes en obstétrique se trouvant dans les autres services, n'ont pas été observés et donc pas inclus dans l'étude. De ce fait, l'étude n'est pas le reflet exact de l'ensemble des pratiques du personnel médical travaillant à l'HCE. Une observation par soignant était faite par jour, le recueil étant anonyme, il est possible que des professionnels ou étudiants aient été observés plusieurs fois. Ceci peut engendrer une erreur dans les taux de conformité des pratiques mesurés.

c. Validité externe de l'étude :

L'étude étant réalisée uniquement à l'HCE, les résultats ne sont applicables qu'à cet établissement. Aucune extrapolation des résultats à d'autres maternités n'est permise car il ne s'agit pas d'une étude multicentrique.

2. Analyse des résultats et comparaison avec la littérature :

a. Hygiène des mains :

Suite aux travaux de Semmelweis, l'hygiène des mains est reconnue depuis plus d'un siècle comme une mesure efficace de prévention des infections et constitue le premier moyen de lutte contre les infections associées aux soins [16].

Dans notre étude, on obtient une observance globale d'hygiène des mains avant le soin de 76% et après le soin de 74%. En 2007 le CCLIN Sud-Est rapporte une observance d'hygiène des mains de 69,4% chez les sages-femmes et en 2009 le CCLIN Est a recueilli un taux d'observance globale de l'hygiène des mains pour toutes les professions médicales et

paramédicales confondues de 72,1% [17] [18]. En 2014, un audit de pratiques sur les gestes d'hygiène des mains des sages-femmes au bloc obstétrical du CHU de Grenoble a rapporté une observance globale d'hygiène des mains de 77,3% [19]. Les résultats de notre étude sont cohérents avec ceux retrouvés dans la littérature, mais restent inférieurs à l'objectif de 80% d'observance fixé par le ministère de la Santé en 2015 [20].

Toutefois il faut noter que le taux d'hygiène des mains conforme au protocole est faible, 43% avant le soin, et 38% après le soin. Pour rappel, la qualité de l'hygiène des mains dépend de la durée de la friction et des sept temps de friction pour éliminer la majorité de la flore microbienne présente à la surface des mains. Etant un acte très fréquent, il est possible que par prise d'habitude les soignants ne réalisent pas une hygiène des mains complète et conforme à ce qu'elle devrait être.

b. Toilette et antiseptie vulvo-périnéale :

Dans cette étude, les trois temps recommandés lors de la réalisation d'une toilette vulvo-périnéale ont été faits dans 62% des observations, mais le taux de toilette vulvo-périnéale conforme est de 31%.

L'utilisation d'antiseptique est retrouvée dans 76% des observations, mais seulement 21% des observations présentaient une antiseptie vulvo-périnéale en 4 temps conforme au protocole.

Dans l'audit d'hygiène réalisé par A. Lamkarfer au CHU de Nantes et dans les maternités des Pays de la Loire en 2010, on retrouve un séquençage savon-rinçage-séchage du périnée dans 30,1% des cas et les quatre temps de la désinfection étaient réalisés dans ¼ des cas soit 24,4% [22]. Dans un autre audit clinique en maternité réalisé à l'hôpital de Sainte-Foy-lès-Lyon en 2006, sur les 13 sutures du périnée observées, une phase d'antiseptie était systématiquement réalisée mais elle n'était précédée d'une déterision que pour trois

observations. On retrouvait une antiseptie complète dans 23% des observations [23]. Le taux d'antiseptie vulvo-périnéale en quatre temps observé dans notre étude est comparable à ceux retrouvés dans ces deux études, mais les pourcentages de conformité restent peu satisfaisants.

Dans notre étude, l'utilisation d'antiseptique est supérieure à la réalisation d'une toilette vulvo-périnéale. Néanmoins pour que l'antiseptique soit efficace, il faut respecter son mode d'usage avec les quatre temps recommandés « savon antiseptique, rinçage, séchage, antiseptique », ainsi que le temps d'action. De plus, 29% des soignants appliquent l'antiseptique directement par aspersion sur le périnée, alors que ce n'est pas l'application seule du produit qui va permettre l'asepsie, mais c'est son association à l'action mécanique de la détersion sur une peau ou muqueuse propre. Comme le rappelle la Société Française d'Hygiène Hospitalière, "Les meilleurs produits ne sont efficaces que s'ils sont bien utilisés"[11].

La suture du périnée ainsi que l'antiseptie préalable sont des gestes techniques chronophages, on peut imaginer que lorsqu'il y a une urgence ou lorsque l'activité en salle de naissance est élevée, le personnel médical est moins disponible, et donc prend moins de temps pour suturer le périnée après l'accouchement.

La réalisation d'une suture est un geste fréquent pour le personnel médical en salle de naissance, et sachant que le taux d'infection du site opératoire retrouvé par le CPIAS chez les « accouchées voie basse » est faible, on peut penser qu'il y a une banalisation du geste. Même si les patientes sont en bonne santé, il s'agit toujours d'une plaie, à proximité de la zone anale, donc particulièrement contaminée par la flore digestive. Le risque d'infection endogène ou exogène n'est donc pas écarté.

L'antisepsie reste une méthode de prévention simple, facilement applicable et essentielle dans l'apparition des infections, elle ne doit pas être négligée, en particulier lors de gestes chirurgicaux ou invasifs.

c. Préparation du matériel et tenue chirurgicale :

Concernant la préparation du matériel nécessaire pour la périnéorrhaphie, les résultats sont satisfaisants avec une conformité de 88%. On remarque que 98% des patientes ont été suturées avec le set stérile de réfection d'épisiotomie. Dans l'audit réalisée par V.Guy en 2009, il était retrouvé qu' $\frac{1}{4}$ des patientes étaient suturées avec les instruments utilisés lors de l'accouchement [21]. L'ouverture stérile du matériel est le principal point à améliorer.

Concernant la tenue chirurgicale, le port du masque et du calot est exemplaire avec 100% de conformité. Le port du masque et du calot est indispensable lors d'une périnéorrhaphie pour piéger les gouttelettes émises lors de l'expiration par le soignant et limiter la contamination liée à la desquamation du cuir chevelu et des cheveux. Pour le port du masque, nos résultats sont similaires à ceux retrouvés lors de l'audit de V.Guy (100%) et de l'étude de C.Esnault sur l'évaluation de la réfection d'épisiotomie par les sages-femmes (99%) [21][24]. Par contre nos résultats diffèrent notablement des leurs pour le port du calot, avec respectivement 72% et 73% de conformité mesurés dans leurs études [21][24]. Enfin, pour le port de la casaque, le pourcentage de conformité de 86% que nous avons observé est bien supérieur à ceux retrouvés dans la littérature, dans l'audit A.Lamkarfer le taux était de 48,3%, dans l'audit de V.Guy le taux était seulement de 9% et dans l'évaluation de C.Esnault ce taux chutait à 0,75% [22][21][24].

Dans notre étude, le port de gants stériles lors de la réalisation de la suture est de 98%, ces résultats sont très satisfaisants. Dans l'étude de V.Guy 50% des professionnels déclaraient

utiliser les gants de l'accouchement pour réaliser la suture, cette situation a été observée seulement dans une situation dans notre étude [21].

Le point faible dans le respect de la tenue chirurgicale concerne le port de lunettes de protection avec seulement 45% de conformité. Même si ce résultat est plus élevé que dans les autres études, 5,5% dans l'audit A.Lamkarfer, et 0% dans l'audit de Battagliotti et al [22][23]. La crainte d'une barrière supplémentaire avec le patient est souvent mise en évidence comme justification. Cependant, si l'absence des lunettes de protection n'entraîne pas de préjudice en soit pour le patient, le risque d'accidents d'exposition au sang du personnel hospitalier n'est pas négligeable. En 2015, le nombre d'accidents d'exposition au sang (AES) au CHUGA enregistré était de 252, chiffre relativement stable les huit dernières années. Et les AES liés à des projections représentent 19% des AES en 2015 [25]. Ce faible taux ne peut s'expliquer par l'absence ou l'oubli de matériel puisque des masques à visière sont mis à disposition en salle de naissance. Il est essentiel de suivre les recommandations pour diminuer les risques d'exposition et ainsi limiter les AES.

De manière générale, pour la sécurité du patient, toutes les précautions possibles associées aux matériels et à la tenue chirurgicale sont globalement très bien respectées.

d. Désinfection chirurgicale des mains par friction :

La désinfection chirurgicale des mains par friction a été réalisée par seulement 50% du personnel médical, dans 40% des cas c'est une désinfection simple des mains qui est réalisée. Dans l'audit réalisé par V.Guy, 54% déclaraient réaliser un lavage chirurgical des mains par friction avant de réaliser une suture du périnée [21]. Nos résultats sont comparables à ceux présentés dans cette étude. Pour rappel, la désinfection chirurgicale des mains par friction est recommandée avant tout acte de chirurgie ou geste invasif telle que la suture du périnée, pour éliminer de manière optimale la flore cutanée des mains et limiter les risques de

contaminations manu portés. L'activité de travail en salle de naissance étant souvent élevée, il est possible que le personnel médical ne prenne pas le temps nécessaire à la réalisation d'une désinfection chirurgicale des mains (une minute et 30 secondes) et privilégie une désinfection simple des mains.

e. Suture du périnée :

Le respect de la stérilité pendant la suture est de 21%, ce résultat correspond à l'absence d'une antiseptie préalable ainsi qu'à la déstérilisation du soignant par contact avec des zones souillées ou non stériles telles que le globe utérin. En améliorant les procédures préalables, ce chiffre devrait pouvoir augmenter.

Lors de la réalisation de la suture, la patiente est installée dans une position gynécologique avec installation de champs stériles sous fessiers dans 98% des cas. De plus nous avons remarqué que les soignants portent une attention particulière à l'analgésie lors de la suture, avec 95% d'analgésie suffisante vérifiée par le professionnel. Ces résultats sont donc très satisfaisants.

f. Gestion des déchets :

La gestion des déchets était conforme dans 52% des observations. Lors des observations, on remarque qu'une partie du personnel élimine des déchets pas ou peu souillés de liquides biologiques, ainsi que les emballages ou les champs stériles, dans la filière DASRI. Il paraît important de rappeler que l'élimination des DASRI coûte près de 850 € par tonne, c'est-à-dire un coût dix fois plus élevé que pour l'élimination des DAOM [26]. Cependant, il faut noter que la gestion des aiguilles et des instruments à stériliser est maîtrisée par l'ensemble du personnel médical, avec 100% de conformité.

La conséquence du non respect de la gestion du tri des déchets, tel qu'observé dans notre étude, est un impact essentiellement économique.

g. Comparaison sages-femmes versus étudiants :

Un des objectifs secondaires de notre étude était de comparer le respect des règles d'hygiène entre les professionnels (sages-femmes et gynécologue-obstétriciens) et les étudiants (internes en obstétriques et étudiants sages-femmes). Aucun gynécologue obstétricien n'a été observé. Nous avons donc décidé de comparer la pratique des sages-femmes par rapport à celle des étudiants. L'observance de l'hygiène des mains est similaire dans les deux populations et est plutôt satisfaisante (>70%). Une différence statistiquement significative a été observée sur la réalisation de l'antisepsie vulvo-périnéale en quatre temps entre les deux populations, les étudiants étant moins observants. L'activité en salle de naissance étant souvent élevée, il est possible qu'une autonomie soit instaurée rapidement, sans vérification des acquis des étudiants et donc sans correction.

h. Comparaison épisiotomie versus déchirure périnéale :

Le deuxième objectif secondaire de notre étude était de comparer le respect des règles d'hygiène entre les sutures d'épisiotomie et les sutures de déchirure périnéale. Il est mis en évidence une différence statistiquement significative concernant l'application d'antiseptique entre les déchirures périnéales et les épisiotomies, avec moins d'antisepsie lors des épisiotomies. Ces résultats sont surprenants, l'épisiotomie étant un acte invasif volontaire, on pourrait s'attendre à davantage de précautions d'hygiène lors de sa suture. Cependant, comme dans notre étude la majorité des épisiotomies sont suturées par les internes en obstétriques, ce résultat est corrélé au fait que le taux d'observance à la réalisation d'antisepsie vulvo-périnéale par les étudiants est faible. L'asepsie est essentielle lors des périnéorrhaphies, d'autant plus lors d'épisiotomies. Deux études de cohorte comparant épisiotomies et déchirures spontanées ont montré qu'il existait après épisiotomie davantage d'infections de cicatrice dans les suites de couches, respectivement 10,2% versus 2,4% ($p < 0,001$) pour Larsson PG et al, et 22% versus 2%, ($p < 0,01$) pour Röckner G et al [27] [28].

3. Perspectives et Axes d'amélioration :

L'audit clinique permet l'identification des axes d'amélioration pour perfectionner la qualité des soins. Le risque d'infection étant présent lors d'une périnéorraphie, l'enjeu mérite que des mesures prophylactiques soient prises et respectées par le personnel médical. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le respect des bonnes pratiques d'hygiène lors d'une périnéorraphie. Les pratiques concernant l'hygiène des mains sont plutôt satisfaisantes même si elles sont à améliorer. Les pratiques concernant l'antisepsie vulvo-périnéale sont peu satisfaisantes et constituent le principal axe d'amélioration.

a. Restitution des résultats :

La restitution des résultats aux équipes s'inscrit dans le processus de l'évaluation des pratiques professionnelles. C'est une étape essentielle. La restitution doit résumer de manière claire et compréhensible les points forts et les points faibles des pratiques. Cette démarche a pour but de sensibiliser les équipes soignantes aux pratiques actuelles et aux risques associés. Les résultats seront restitués lors d'une réunion de service qui sera l'occasion de faire un rappel sur le protocole mis en place par le CPIAS et de discuter des axes d'amélioration.

b. Plan de formation:

Une formation en hygiène hospitalière est indispensable pour tout professionnel de santé. Une des missions du CPIAS est de contribuer à l'information et à la formation des professionnels de santé concernant le respect des bonnes pratiques en hygiène et la prévention des infections associées aux soins [29]. De plus, l'ensemble du personnel médical est soumis au développement professionnel continu instauré par la loi Hôpital Patient Santé Territoire en 2009, afin de maintenir et d'actualiser leurs connaissances et leurs compétences [30]. Au vu de la déviance des pratiques et d'une possibilité d'oubli des protocoles d'hygiène avec le temps, on comprend sa pertinence et son importance au sein d'un centre hospitalier. Il

pourrait être intéressant de faire des groupes de travail ou des journées de formation pour rappeler les différentes procédures présentes en salle d'accouchement, notamment celles concernant des gestes invasifs ou à hauts risque infectieux.

Concernant les étudiants, l'acquisition des compétences passe par la formation initiale théorique et pratique. A ce jour, les notions d'hygiène sont des modules abordés au cours des premières années d'étude, autant pour les étudiants en médecine que les étudiants sages-femmes. Un rappel sur les précautions d'hygiène au cours de chaque année d'étude ainsi qu'une augmentation des travaux pratiques, notamment concernant l'hygiène des mains et l'antisepsie vulvo-périnéale, pourraient être des axes d'amélioration. Lors des stages, un retour sur la pratique des étudiants et un encadrement clinique plus approfondi permettraient d'améliorer les pratiques des futurs professionnels et ainsi de limiter les risques d'infections associées aux soins.

c. Proposition d'élaboration d'un protocole service :

La suture du périnée est un geste fréquent dans la pratique de la sage-femme et du gynécologue-obstétricien. Il semble donc pertinent de créer un protocole spécifique au service regroupant les différentes étapes indispensables lors d'une périnéorrhaphie (Cf. Annexe IV).

De plus l'affiche établie par le CPIAS est présente dans le bureau obstétrical mais est peu consultée. Une affiche rappelant les règles d'hygiène lors d'une antisepsie périnéale pourrait être installée dans les salles d'accouchement, à l'exemple de celle déjà instaurée pour l'hygiène des mains.

d. Perspective :

Il nous a semblé pertinent d'ouvrir les dossiers des patientes a posteriori, plus de deux mois après l'accouchement, afin d'avoir une vision sur la consultation des patientes au CHUGA et de l'état de leur périnée.

On a remarqué que sur la population observée dans notre étude, huit femmes sont revenues en visite post-natale et deux ont consulté aux urgences gynécologiques-obstétriques pour un autre motif que le périnée. Soit l'absence de consultation aux urgences est le reflet de l'absence d'infection du périnée, soit lorsqu'une infection se déclare les patientes consultent ailleurs qu'au CHUGA, nous ne pouvons pas conclure sur ces informations. Les infections du périnée apparaissant en moyenne au 7^e jour du post-partum, il est peu probable que les sages-femmes travaillant en suite de couches puissent les diagnostiquer. Ainsi les manifestations cliniques de l'infection seront plus accessibles aux sages-femmes libérales réalisant le suivi post-natal à domicile, ainsi qu'aux médecins généralistes. Avec la diminution de la durée moyenne de séjour, il est important de sensibiliser l'ensemble des soignants à la surveillance des infections nosocomiales et de travailler en réseau. Il pourrait être intéressant de demander aux sages-femmes libérales, médecins généralistes, ou gynécologues-obstétriciens libéraux, de signaler à un réseau de périnatalité ou aux maternités, les patientes qui seraient porteuses d'une infection du périnée. De plus, il faut rappeler pour qu'une infection nosocomiale soit notifiée, elle doit être signalée au CPIAS.

On peut imaginer que les déclarations au CPIAS ne sont pas toutes réalisées, et de ce fait que les infections du site opératoire chez les accouchées par voie basse sont sous-estimées. Johnson et al. ont réalisé une étude en Angleterre cherchant à montrer l'incidence des infections de la suture du périnée chez les femmes post-partum, ils ont trouvé qu'une femme sur dix ayant eu une suture du périnée à l'accouchement a développé une infection du périnée [31]. Il serait intéressant d'étudier l'incidence des infections du périnée après suture chez les accouchées par voie basse en France afin d'avoir un retour sur nos pratiques.

V. CONCLUSION :

Nous avons répondu à l'objectif principal de notre étude, qui était d'évaluer le respect des règles d'hygiène pour chaque précaution standard nécessaire lors d'une périnéorrhaphie après un accouchement voie basse. Les résultats diffèrent en fonction des critères observés.

Nos résultats mettent en évidence que l'antisepsie vulvo-périnéale et la gestion des déchets ne sont pas maîtrisées par le personnel médical. L'antisepsie vulvo-périnéale en quatre temps n'est réalisée que dans 21% des observations. Cette étape constitue l'axe principal d'amélioration.

L'observance globale de l'hygiène des mains est satisfaisante mais les sept temps de friction et la durée du temps de friction sont peu respectés. La préparation du matériel et la tenue chirurgicale sont des étapes acquises par l'ensemble des soignants. De même la traçabilité des sutures dans les dossiers de soins est exemplaire.

Il serait donc intéressant de mettre à jour le protocole établi par le CPIAS sur la réalisation des périnéorrhaphies, et réévaluer les pratiques a posteriori. De plus il serait pertinent de réaliser une étude pour connaître l'incidence des infections du périnée dans le post-partum afin d'avoir une vision plus globale de l'impact de nos pratiques sur l'apparition d'éventuelle infection associée aux soins.

La périnéorrhaphie, nécessaire sur plus de 70% des accouchements voie basse, est un acte très fréquent dans l'activité de la sage-femme. La prévention des infections du périnée après réalisation d'une suture, estimée à deux pour mille naissances, est un enjeu de santé publique auquel les sages-femmes sont donc largement concernées. En améliorant les précautions d'hygiène lors des sutures du périnée après un accouchement voie basse, nous pourrions espérer voir leur nombre diminuer.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Maillet R, Martin A, Riethmuller D. « Fait-on trop ou trop peu d'épisiotomie » CNGOF. Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique – Tome XXVIII publié le 1.12.2004. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2004_Go_021_maillet.pdf
- [2] CNGOF. Recommandation pour la pratique clinique – Episiotomie. 2005. Disponible sur : http://www.cngof.fr/component/rsfiles/apercu?path=Clinique/RPC/RPC%20COLLEGE/rpc_episio2005.pdf
- [3] CPIAS Auvergne Rhône Alpes. Protocole de la réfection périnéale « Episiotomie ». 2011. Disponible sur : <http://www.cpias-auvergnerhonealpes.fr/Reseaux/MATER/Information/Affiches/episiotomie.pdf>
- [4] CPIAS Auvergne- Rhône-Alpes. Réseau MateR 2016. *Rapport annuel du réseau de surveillance des infections nosocomiales en maternité*. Disponible sur : http://www.cpias-auvergnerhonealpes.fr/Reseaux/MATER/Resultat/2016/rapport_2016.pdf
- [5] CPIAS Auvergne-Rhône-Alpes. Réseau MateR 2015. *Rapport annuel du réseau de surveillance des infections nosocomiales en maternité*. Disponible sur : <http://www.cpias-auvergnerhonealpes.fr/Reseaux/MATER/Resultat/2015/Rapport2015.pdf>
- [6] Société Française d'Hygiène Hospitalière, « Recommandations : surveiller et prévenir les infections associées aux soins » 2010. Page 135. Disponible sur : http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/sfhh/2010_recommandations_SFHH.pdf
- [7] Letouzey V, Vieille P, Vintejou E, Badiou W, Marès P, De Tayrac R. « Techniques d'entraînement à la réparation périnéale ». 2013 Disponible sur : http://www.cngof.fr/journees-nationales/apercu?path=MAJ%2Ben%2BGO%252F2013%252F2013_GO%252Fsimulation_pedagogie%252FTechniques_d%25E2%2580%2599entra%25C3%25AEnement_a_la_reparation_perineale.pdf

- [8] HAS. Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Juin 2003 Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/reussir_un_audit_clinique_et_son_plan_damelioration_guide_2003_2009-10-20_11-09-52_821.pdf
- [9] CCLin Sud-Est. Lavage simple des mains, recommandations. 2012. Disponible sur : http://www.cpias-auvergnerrhonealpes.fr/Doc_Reco/FichePratique/FIP_2012_LavageSimpleMains.pdf
- [10] CCLin Sud-Est. Traitement hygiénique des mains par friction, recommandations. 2012. Disponible sur : http://www.cpias-auvergnerrhonealpes.fr/Doc_Reco/FichePratique/FIP_2012_HygieneMains_Friction.pdf
- [11] Société Française d'Hygiène Hospitalière, « Guide pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales en maternité. » 2009. Page 27, 62, 67 et 70.
- [12] CCLin Sud-Est. Désinfection chirurgicale des mains par friction, recommandations. 2012. Disponible sur : http://www.cpias-auvergnerrhonealpes.fr/Doc_Reco/FichePratique/FIP_2012_DesinfectionChirurgicaleMains.pdf
- [13] CCLin Sud-Est. Les tenues professionnelles dans les établissements de santé. Mars 2008. Page 32. Disponible sur : http://www.cpias.fr/nosobase/recommandations/cclin_arlin/cclinSudEst/2008_personnel_CC_LIN.pdf
- [14] CHU Grenoble Alpes. Fiche technique, gestion des déchets en secteur d'accueil de patients. 2017. Disponible sur ?
- [15] Chapuis C. Equipe sectorielle de prévention du risque infectieux. Lyon-Rhône. Hospices Civils de Lyon. Audit en Hygiène Hospitalière. Octobre 2008.
- [16] InterClin 84. Journée départementale sur l'hygiène des mains. 2007. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/9dias_journee_hygiene_mains_interCLIN84-2.pdf

- [17] CCLin Sud-Est. Observance de l'hygiène des mains Audit Juin 2007.
- [18] CCLin Est. Audit de pratiques. Hygiène des mains. Observance/Pertinence. Septembre 2009.
- [19] Tenaud L. Mémoire sage-femme. UFR de médecine de Grenoble. Audit de pratiques. Gestes d'hygiène des mains des sages-femmes au bloc obstétrical. 2014
- [20] Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. PROPIAS Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins. Juin 2015.
- [21] Guy V. Mémoire sage-femme. Université Henri Poincaré, Nancy I. Evaluation des pratiques professionnelles. Suture du périnée – Risques infectieux. 2009.
- [22] Lamkarfer A. Mémoire sage-femme. Université de Nantes. Audit d'hygiène. Etude réalisée au CHU de Nantes et dans des maternités des Pays de la Loire. 2010.
- [23] Battagliotti P, Le Maout G, Vernioles A, Chapuis C. Audit clinique en maternité : gestes à haut risque infectieux en salle d'accouchement. Revue sage-femme, Volume 7, n°3 pages 150-154. Juillet 2008.
- [24] Esnault C. Mémoire sage-femme. Université de Rouen. Evaluation de la réfection d'épisiotomie par les sages-femmes. Etude prospective à propos de 133 questionnaires. 2014.
- [25] Piazza E. Bilan 2015 des accidents d'exposition au sang du CHU de Grenoble. CCLin, 2015.
- [26] Direction générale de la santé. Ministère des affaires sociales et de la santé. Guide de pratique : Pour une bonne gestion des déchets produits par les établissements de santé et médico-sociaux. Mars 2016. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pour_une_bonne_gestion_des_dechets_produits_par_les_etablissements_de_sante_et_medico-sociaux.pdf

[27] Larsson PG, Platz-Christensen JJ, Bergman B, Wallsternsson G. Advantage or disadvantage of episiotomy compared with spontaneous perineal laceration. Gynecol Obstet Invest 1991; 31 : 213-6.

[28] Röckner G, Henningsson A, Wahlberg V, Ölund A. Evaluation of episiotomy and spontaneous tears of perineum during childbirth. Scand J Caring Sci 1988; 2 : 19-24.

[29] Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins Auvergne-Rhône-Alpes. Ses missions. 2018. Disponible sur : <http://www.cpias-auvergnerhonealpes.fr/cpias/missions.html>

[30] Agence nationale du Développement Professionnel Continué. Mis à jour 24/04/2018. Disponible sur : <https://www.agencedpc.fr/>

[31] Johnson A, Thakar R, Sultan AH. Obstetric perineal wound infection: is there underreporting? Br J Nurs. 2012 Mar 8-21;21(5):S28, S30, S32-5.

ANNEXES :

Annexe I : Formulaire de consentement libre et éclairé

Formulaire de Consentement libre et éclairé

Madame, Monsieur,

Nous sommes deux étudiantes sages-femmes en 4ème année (C. LUSSON et L. CHALVIN) et dans le cadre de notre formation nous réalisons un mémoire de fin d'étude pour l'obtention de notre diplôme d'Etat de sage-femme. Les études que nous réalisons ont pour objet d'observer les pratiques professionnelles autour de l'accouchement afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins autour de la naissance.

Les observations seront réalisées de l'accouchement au passage en unité mère enfant. Pour cela, nous avons besoin de votre consentement, via le formulaire joint.

Nous, soussignés (Nom, prénom de la mère)
née le et (Nom, prénom du père).....
né le certifions avoir donné notre accord pour participer à
cette étude.

Nous acceptons volontairement de participer aux études menées par C. Lusson et L. Chalvin dans le cadre de leur mémoire de fin d'étude de Sage-femme. Nous comprenons que notre participation n'est pas obligatoire et que nous pouvons stopper notre participation à tout moment sans avoir à se justifier ni encourir aucune responsabilité.

Notre consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Nous avons été informés que notre identité n'apparaîtra dans aucun rapport ou publication et que toute information nous concernant sera traitée de façon confidentielle.

Date :

Signatures :

Annexe II: Grille de recueil

Les cases « commentaires » ne sont pas à remplir obligatoirement, elles sont présentes afin de rajouter des précisions au cours de l'observation ou de notifier un problème.

Acronymes : SF = Sage-femme/ ESF = étudiant sage-femme/ GO = Gynécologue-Obstétricien/ IO = Interne en Obstétrique
 APD = Anesthésie Péridurale / AL = Anesthésie Locale

Observation n° :

Date :

Heure :

Statut professionnel : ESF SF GO IO

Année de diplôme :

Degré de déchirure périnéale : 1^{er} degré 2^e degré épisiotomie 3^e degré 4^e degré

Item	Oui	Non	Commentaire
Absence de vernis, bijoux, montre			
Lavage des mains avant soin: <input type="checkbox"/> Mains propres <input type="checkbox"/> Mains souillées <input type="checkbox"/> GHA <input type="checkbox"/> Savon <input type="checkbox"/> GHA + Savon - Respect des 7 temps - Respect du temps de friction (30s)			
Gants pour la toilette : <input type="checkbox"/> Gants non stérile <input type="checkbox"/> Gants stérile <input type="checkbox"/> Pas de gants			
Antiseptie vulvo-périnéale : - Compresses stériles (une pour chaque zone et chaque temps) - Respect des 4 temps (lavage, rinçage, séchage, antiseptie) - Respect des zones (Grandes lèvres, Petites lèvres, Vagin + méat)			
Type d'anesthésie : <input type="checkbox"/> APD <input type="checkbox"/> AL lidocaine spray 5% <input type="checkbox"/> AL injection <input type="checkbox"/> Anesthésie suffisante <input type="checkbox"/> Anesthésie non suffisante			
Préparation du matériel : <input type="checkbox"/> Guéridon <input type="checkbox"/> Chariot - Instrumentation stérile spéciale « épisiotomie » - Compresses stériles - Fils stériles <input type="checkbox"/> 3.0 <input type="checkbox"/> 2.0 <input type="checkbox"/> 0.0 - Ouverture stérile du matériel			
Désinfection chirurgicale des mains par friction : <input type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> Non réalisée <input type="checkbox"/> GHA <input type="checkbox"/> Savon <input type="checkbox"/> GHA + savon - Respect des 7 temps - Respect du temps de friction (1min30)			
Tenue chirurgicale : - Sarrau stérile - Masque - Callot - Lunettes de protection - Gants stériles <input type="checkbox"/> Port unique <input type="checkbox"/> Port double			
Installation de la patiente : - Position gynécologique - Champs stériles			
Réfection du périnée : - Maintien de la stérilité au cours du soin			
Type de suture : <input type="checkbox"/> Points séparés <input type="checkbox"/> Surjet simple <input type="checkbox"/> Surjet intradermique <input type="checkbox"/> Surjet un fil un nœud			
Toilette vulvo-périnéale en fin de soin: - Compresses (une pour chaque zone et chaque temps) - Respect des 3 temps (lavage, rinçage, séchage) - Respect des zones : (Grandes lèvres, Petites lèvres, Vagin + méat)			
Vérification du retrait des compresses du vagin			
Gestion des déchets : - Aiguilles → Dans le collecteur - Déchets avec liquides biologiques → DASRI - Champs, masques, gants à usage unique → DAOM - Instrumentation → Caisse de trempage			
Lavage des mains en fin de soin: <input type="checkbox"/> Mains propres <input type="checkbox"/> Mains souillées <input type="checkbox"/> GHA <input type="checkbox"/> Savon <input type="checkbox"/> GHA + Savon - Respect des 7 temps - Respect du temps de friction (30s)			
Réinstallation de la patiente			
Traçabilité du dossier			

Suture d'épisiotomie

Geste à haut risque infectieux et à risque d'AES



- **Toilette vulvo-périnéale**
- **Antisepsie vulvo-vaginale**
- **Champs stériles**

Gamme
Povidone
type Bétadine®



- **Tenue chirurgicale** : sarrau stérile, masque et lunettes de protection ou masque à visière
- **Désinfection chirurgicale des mains** par friction
- **Gants stériles**



- **Instrumentation stérile** « spéciale épisiotomie »



- **Collecteur** à portée de main et de vue



Document téléchargeable à l'adresse : <http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/Reseaux/Mater/episiotomie.pdf>

Promouvoir l'asepsie en maternité Réseau Mater Sud-Est

Pour en savoir plus : "Guide Maternité SFHH"

http://www.sf2h.net/publications-6F2H6F2H_surveillance-et-prevention-des-EN-en-maternite-2009.pdf

CCLIN SUD-EST Hôpital Henry Gabrielle Villa Alice 20 route de Vouffes 69230 Saint Genis Laval



Mai 2011

SUTURE DU PERINEE EN SALLE DE NAISSANCE

Objectif d'hygiène : Eviter la constitution d'un abcès périnéal

Préparation du matériel:

- Savon, solution antiseptique, eau
- Set de réfection d'épisiotomie + Instruments stériles + Cupule + Compresse stériles + Fils de suture
- Matériels d'anesthésie local si besoin
- Tenue chirurgicale : casaque, masque à visière, calot, gants stériles.

Avant l'acte:

- Mettre le masque à visière.
- Faire une désinfection des mains au GHA ou un lavage des mains au savon si visiblement souillées
- Mettre des gants non stériles
- Faire une antiseptie vulvo-périnéale en 4 temps (grandes lèvres, petites lèvres, vagin):
 - » Nettoyer la vulve avec des compresses et savon antiseptique
 - » Rincer à l'eau
 - » Sécher par tamponnement avec des compresses
 - » Appliquer la solution antiseptique sur la vulve et le périnée à l'aide de compresses stériles.

Réalisation de la suture :

- Préparer gants stériles, fils, matériel d'anesthésie, set (table stérile), cupule avec antiseptique
- Faire un lavage chirurgical des mains
- Mettre la casaque et les gants stériles
- Installer les champs stériles
- Effectuer la suture en respectant la stérilité

Fin de l'acte :

- Faire une toilette vulvo-périnéale en 3 temps : nettoyage au savon doux, rinçage à l'eau, séchage à l'aide de compresses
- Déposer des garnitures sous fessiers
- Evacuer les aiguilles dans les contenants réservés et les instruments dans le bac de trempage
- Champs opératoires et casaque peu souillés de liquide biologique éliminés dans DAOM
- Enlever les gants et se laver les mains.
- Réinstaller confortablement la patiente
- Désinfecter le guéridon
- Désinfection des mains au GHA
- Tracer l'acte dans le dossier obstétrical

RESUME :

Objectifs : En premier, évaluer le respect des règles d'hygiène lors d'une périnéorraphie après un accouchement voie basse. Puis évaluer si les pratiques concernant les règles d'hygiène lors d'une périnéorraphie après une épisiotomie versus après une déchirure spontanée et entre professionnels et étudiants diffèrent.

Méthode : Etude observationnelle, descriptive, transversale, monocentrique d'évaluation des pratiques professionnelles. Etude réalisée par observation du personnel médical en salle de naissance à l'HCE de Grenoble. Le sujet de l'étude était gardé secret.

Résultats : Une observance globale de 76% avant soin et 74% après soin est constatée sur l'hygiène des mains. L'antisepsie vulvo-périnéale en 4 temps est réalisée de façon conforme dans seulement 21% des observations. La préparation du matériel et la tenue chirurgicale sont maîtrisées par la majorité des soignants. La gestion des déchets n'est acquise que par 45% des audités.

Conclusion : Les résultats obtenus sont comparables à ceux de la littérature. L'antisepsie vulvo-périnéale constitue le principal axe d'amélioration. Il existe une différence statistiquement significative sur le respect de l'antisepsie entre les étudiants et les sages-femmes ainsi qu'entre les épisiotomies et les déchirures spontanées. Les résultats ont été transmis aux équipes et le protocole sur la réfection périnéale sera mis à jour.

Mots clés :

Evaluation des pratiques professionnelles - Périnéorraphie - Hygiène des mains – Antisepsie vulvo-périnéale.

ABSTRACT:

Objectives : Firstly evaluate the right hygiene practices during perineal repair on the maternity at the Grenoble's CHU. Then evaluate the possible differences practices between medical professional and students, and differences between episiotomy and perineal tears.

Material and Methods: It's a descriptive, observationnal, transversal and monocentric clinical audit. This study is based on direct observations of doctors, midwives and students. The nursing staff were not aware of the subject.

Results: hand hygiene was evaluated at 76% before care and 74% after care. Perineum antisepsis was done accordance by 21%. The preparation of the material and the surgical dress are mastered by the majority of the caregivers. Waste management is acquired by only 45% of the auditees.

Conclusion: Our results are similar as scientific publications on the same topic. Vulvoperineal antisepsis is the main axis of improvement. There is a statistically significant difference in respect for antisepsis between students and midwives and between episiotomies and spontaneous tears. The results have been communicated and the protocol on perineal repair will be updated.

Keywords:

Clinical audit - Perineal repair- Hand hygiene - Perineum antisepsis -