



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 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 : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

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

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes Albert Frühinholz

Évaluation des pratiques professionnelles

Suture du périnée- Risques infectieux

Mémoire présenté et soutenu par

Véronique GUY

Promotion 2009

Directrice de mémoire : Galliot Laurence Sage femme cadre supérieur enseignante.

Expert de mémoire : Girardin Christine Sage femme cadre supérieure référente en hygiène, qualité et gestion des risques.

SOMMAIRE

Sommaire	3
Préface	4
Introduction	5
Première partie.....	6
1. généralités	7
1.1. Haute autorité de santé – HAS	7
1.2. Certification des établissements de santé [1], [2], [11], [13], [14], [15], [22] ..	8
1.3. Formation médicale continue – FMC [23], [24], [25]	9
1.4. L'évaluation des pratiques professionnelles – EPP [1], [2], [5], [10], [14], [25]	
10	
1.5. Audit clinique – AC [1], [12], [14]	10
2. Épidémiologie	11
2.1. Les études [1], [8], [9], [11], [26]	11
2.2. Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales CLIN [1], [7], [12], [14],	
[18], [27], [28].....	12
2.3. Infection nosocomiale – IN [1], [3], [4], [5], [6], [11], [12], [16], [27].....	12
3. La procédure de soin [30], [31]	15
4. Élaboration du questionnaire	17
4.1. Population étudiée.....	17
4.1.1. Critères d'inclusion :.....	17
4.1.2. Critères d'exclusion :	18
4.2. L'échantillon.....	18
4.3. Méthode de recueil [1]	18
4.4. Logiciels d'exploitation	19
Deuxième partie.....	20
1. analyse des facteurs de risques	21
1.1. La patiente.....	22
1.2. Le soignant.....	24
1.2.1. Connaissance des procédures.....	24
1.2.2. Lavage des mains	25
1.2.3. La charlotte	26
1.2.4. La surblouse	26
1.2.5. Le masque	26
1.2.6. La blouse stérile:	26
1.2.7. Les gants	27
1.3. La méthode	27
1.4. Le matériel et les produits	28
2. Discussion.....	30
2.1. Points faibles	30
2.1.1. Les gants stériles	30

2.1.2.	Le mimétisme	30
2.1.3.	La notion d'urgence	31
2.1.4.	Les changements d'équipes.....	31
2.2.	Stratégie d'amélioration	32
2.2.1.	Sensibiliser au moment du recrutement	32
2.2.2.	Engagement des praticiens.....	32
2.2.3.	Travailler en réseau	32
Bibliographie	.....	35
annexe 1	.....	40
Annexe 2	.....	41
Annexe 3	.....	42
Annexe 4	.....	47
TABLE DES MATIERES	.....	50

Préface

Lors des différents stages en salle de naissance réalisés au cours de mes études à l'école de Sage-femme, j'ai appris à réaliser la réfection des lésions du périnée suite à un accouchement. Il s'agit d'une petite chirurgie dont la pratique est autorisée aux Sages-femmes. De ce fait ces réfections font partie de notre apprentissage lors de nos stages en salle de naissance.

L'un des problèmes que j'ai pu rencontrer lors de cette pratique réside dans l'organisation, toutes les Sages-femmes ne m'ont pas enseignées la même chose. En effet l'organisation diffère d'une Sage-femme à une autre malgré l'existence d'une procédure dont l'un des objectifs est l'uniformisation des pratiques.

Par conséquent, sachant que cette petite chirurgie définit comme étant à hauts risques infectieux selon les critères du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales CLIN, ma problématique réside dans l'application des procédures nécessaires à la réfection du périnée.

Introduction

Les procédures de soins mises en place dans un établissement ont pour but d'uniformiser les pratiques et d'assurer la qualité et la sécurité des soins, en fonction des ressources disponibles dans l'établissement. [1]

Pour chaque pratique de soin une procédure existe. Dans le cadre de mon mémoire, je vais étudier celles relatives à la réfection périnéale après un accouchement par voie basse.

« L'épissiotomie et la suture périnéale sont des temps chirurgicaux en soi, qui nécessitent une installation, un matériel spécifique et conditionné spécialement. »[5]

L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins s'inscrit dans le cadre d'une volonté institutionnelle qui vous sera présentée dans un premier temps. Puis pour répondre à ma problématique, un audit clinique sera réalisé, dans le but de mettre en évidence la façon dont sont appliquées les procédures de la toilette périnéale et celle de la réfection d'épissiotomie, par les sages femmes et étudiants sages femmes de la Maternité Régionale Adolphe Pinard.

Enfin, après analyse des résultats obtenus grâce au questionnaire, des hypothèses seront présentées dans le but de connaître les raisons de l'application ou de la non application des procédures, afin d'émettre ensuite des propositions qui pourraient en améliorer l'observance.

Première partie

1. GENERALITES

Dans le cadre de la réforme Juppé de l'hospitalisation publique et privée de 1996 [21] est créée L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) qui sera rebaptisée Haute Autorité de Santé (HAS) le 13 août 2004. Elle a pour but de développer la **qualité** et la **sécurité** des pratiques de santé des professionnels, au service des usagers.

La certification des établissements de santé est un outil utilisé par la HAS pour contraindre chaque établissement de santé à évaluer et à améliorer la qualité et la sécurité des soins prodigués à leurs patients, il s'agit d'une obligation légale depuis l'ordonnance Juppé de 1996, code de la sécurité sociale article L161-37.

1.1. Haute autorité de santé – HAS

Les pratiques de santé et les praticiens sont soumis à des instances qui mettent en place les processus de soin, telle la HAS. «*Il s'agit d'un organisme d'expertise scientifique, consultatif, public et indépendant*» [15].

Elle repose sur trois grands principes :

- L'indépendance : elle est à la fois financière et politique, de plus elle n'est sous l'autorité d'aucun ministère.
- La rigueur scientifique : les évaluations et les recommandations professionnelles publiées par la HAS sont toujours fondées sur une étude exhaustive de la littérature la plus récente. La HAS est le reflet de l'état des connaissances scientifiques les plus actuelles.
- La transversalité, la HAS s'intéresse au parcours de soin dans son ensemble. L'approche des problématiques est globale, ce qui va conduire régulièrement la HAS à faire appel à d'autres organismes de santé.

La HAS a été créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie. Lors de sa création, de nombreuses missions lui ont été attribuées :

- Aider les pouvoirs publics dans leurs décisions de remboursement des produits et services médicaux.
- **Promouvoir les bonnes pratiques et le bon usage des soins** auprès des professionnels de santé et des usagers. C'est dans cette mission que s'intègrent les recommandations professionnelles.
- **Améliorer la qualité des soins** dans les établissements de santé et en médecine de ville.
Ceci est rendu possible grâce à la certification des établissements de santé, ainsi qu'à l'évaluation des pratiques professionnelles.
- Informer les professionnels de santé et le grand public, et améliorer la qualité de l'information médicale.
- Développer la concentration et la collaboration avec les acteurs du système de santé en France et à l'étranger.

La HAS dispose d'outils pratiques qui lui permettent de remplir sa mission, parmi lesquels la certification des établissements de santé.

1.2. Certification des établissements de santé [1], [2], [11], [13], [14], [15], [22]

La certification des établissements de santé concerne tous les établissements de santé qu'ils soient privés ou publics. C'est une procédure d'évaluation externe et indépendante de l'établissement. Elle est effectuée par des professionnels de santé indépendants de l'établissement, recrutés par la HAS qui forment une équipe pluridisciplinaire d'experts visiteurs.

La certification a pour but premier d'améliorer constamment la qualité et la sécurité des soins. La certification d'un établissement demande l'implication de son personnel qui doit réaliser une auto-évaluation. Celle-ci se fait grâce à des éléments fournis par la HAS, par exemple « le manuel d'accréditation et guide de cotation », « la grille de recueil des résultats de l'auto-évaluation » ... puis elle est remise à la commission d'experts visiteurs qui réalise une évaluation sur place.

Tous les résultats des certifications réalisées sont en ligne sur Internet et consultables par tous sur le site de la HAS, dans un souci de transparence vis-à-vis des usagés. On y trouve ainsi la version 1 d'août 2003 de la MRAP ainsi que la version 2 de mai 2007.

Pour les soignants, l'implication dans cette certification passe par un investissement personnel comme la formation médicale continue.

1.3. Formation médicale continue – FMC [23], [24], [25]

La FMC est tout d'abord un devoir déontologique pour toute Sage-femme, (article 4 du code de déontologie) ; mais il s'agit également d'une obligation légale depuis le décret n° 2006-1268 du 17 octobre 2006 qui stipule :

« La formation continue a pour finalité le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins.

La formation continue est obligatoire pour toutes les Sages-femmes en exercice.

L'obligation de formation est satisfaite notamment par tout moyen permettant d'évaluer les compétences et les pratiques professionnelles. [...] »

La FMC a pour but de maintenir les acquis de la formation médicale initiale, de réactualiser les connaissances au fur et à mesure de l'avancement des recherches scientifiques, mais également d'améliorer la qualité des soins proposés aux usagers du système de santé.

La réalisation d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) est un moyen très répandu dans le milieu médical pour s'investir dans sa FMC.

1.4. L'évaluation des pratiques professionnelles – EPP

[1], [2], [5], [10], [14], [25]

L'EPP est clairement décrite par le code de Santé publique à l'article L 4133-1-1:

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

« L'évaluation des pratiques professionnelles, avec le perfectionnement des connaissances, fait partie intégrante de la formation médicale continue.»

L'EPP est accessible à tous les professionnels de santé, elle permet d'une part, de répondre à l'obligation de formation médicale continue et, d'autre part, d'avoir un impact psychologique fort sur le soignant, car elle l'oblige à une constante remise en question de sa pratique.

Il existe plusieurs méthodes qui permettent d'évaluer les pratiques professionnelles, l'audit clinique en est un exemple.

1.5. Audit clinique – AC [1], [12], [14]

L'audit clinique (AC) est une méthode d'évaluation qui permet, à l'aide de critères déterminés, de comparer les pratiques de soins à des références admises (recommandations professionnelles). Il mesure la qualité des pratiques et les résultats des soins, dans l'objectif de les améliorer.

Pour mon étude, les «références admises» sont les recommandations professionnelles de la HAS ainsi que le CLIN de la Maternité Régionale Adolphe Pinard qui a élaboré la procédure de soin de "la toilette vulvo périnéale" et celle de "la suture de l'épissiromie" qui sont appliquées au sein de l'établissement.

2. ÉPIDÉMIOLOGIE

2.1. Les études [1], [8], [9], [11], [26]

L'épidémiologie a pour but d'étudier l'incidence de pathologies au sein d'une population et d'en définir leurs facteurs de risque.

Si on observe les études épidémiologiques réalisées en maternité, on relève dans l'enquête :

- «Infection nosocomiale en maternité au centre hospitalier universitaire de Brest du 01/01/2000 au 31/12/2005» [8] que le risque d'avoir une infection nosocomiale est significativement augmenté chez les accouchées voie basse ayant eu une épisiotomie.
- «La surveillance épidémiologique des infections nosocomiales en maternité» [9] menée par F.Tissot Guerraz montre que l'infection d'épisiotomie est la 3^{ème} cause d'infection nosocomiale chez les accouchées voie basse derrière l'endométrite et la bactériurie.
- De façon plus générale, une étude multicentrique, organisée par la C-CLIN sud-est en 2001 comportant une cohorte de 31 460 accouchements, a montré que 1,2% des accouchées voie basse ont présenté une infection nosocomiale. [26]

Pour éviter les infections, il existe des protocoles et des procédures de soins. La procédure répond directement à la question «*comment faire ?*» recommandée par les instances officielles. La procédure de soin *est la manière spécifiée d'accomplir une activité*, elle répond à la question «*comment ?*» mais aussi aux questions «*Qui ? Quoi ? Où ? Pourquoi ?*» et décrit l'organisation du travail. [1]

Dans un rapport récent de l'office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, on note qu'environ 30% des infections nosocomiales sont évitables. [11]

Ces études sont rendues possibles grâce à un dispositif institutionnel national de surveillance des infections nosocomiales qu'est le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales.

2.2. Comité de Lutte contre les Infections

Nosocomiales CLIN [1], [7], [12], [14], [18], [27], [28]

Les Infections Nosocomiales (IN) sont sous très haute surveillance depuis l'instauration du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) par le décret n°88-657 du 6 mai 1988. Le dispositif national français de prévention des IN est constitué de cinq centres inter- régionaux de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (C-CLIN) et du comité technique national des infections nosocomiales (CTIN).

Les C-CLIN sont des centres de référence en matière d'épidémiologie et de prévention des IN. L'action du CLIN s'appuie également sur des référents médicaux ou paramédicaux exerçant dans un service de soins. Ils sont le relais du CLIN dans les services de soins pour les actions de prévention et de surveillance.

2.3. Infection nosocomiale – IN [1], [3], [4], [5], [6], [11], [12], [16], [27]

Une infection est dite "nosocomiale" si elle apparaît au cours ou à la suite d'une hospitalisation, et si elle n'était ni présente, ni en incubation à l'admission à l'hôpital. Lorsque la situation précise à l'admission est inconnue, un délai d'au moins 48 heures après l'admission (ou un délai supérieur à la période d'incubation lorsque celle-ci est connue) est communément accepté pour distinguer une infection d'acquisition nosocomiale d'une infection communautaire.

Toutefois, il est recommandé d'apprécier, dans chaque cas douteux, la plausibilité du lien causal entre hospitalisation et infection.

La suture d'épissiotomie ou de la déchirure périnéale est considérée comme un site opératoire. Il s'agit d'une chirurgie sale et infectée "*plaie traumatique souillée (...)* ; *présence de contamination fécale (...)*" d'après la classification des incisions chirurgicales selon le risque de contamination ; utilisée par le Comité Technique National des Infections Nosocomiales.

Pour les infections du site opératoire, on considère comme nosocomiales les infections survenues dans les 30 jours suivant l'intervention, dans notre cas il s'agit de l'accouchement.

Critères cliniques de l'infection superficielle ou profonde de l'incision :

Guide des déclarations des infections nosocomiales de la MRAP

Cas 1 : Ecoulement purulent ou puriforme de l'incision.

Cas 2 : Micro-organisme isolé par culture du liquide produit par une plaie fermée ou d'un prélèvement tissulaire.

Cas 3 : Ouverture par le chirurgien en présence de l'un des signes suivants : fièvre 38°C, douleur ou sensibilité à la palpation, tuméfaction localisée, rougeur, chaleur (sauf si la culture du prélèvement de plaie est négative).

Cas 4 : Diagnostic d'infection établi par le chirurgien ou le médecin.

Cas 5 : Déhiscence spontanée de l'incision de la cicatrice ou de la paroi

Abcès ou autres signes d'infection observés lors d'une intervention chirurgicale ou d'un examen histopathologique.

Le risque théorique d'infection nosocomiale (IN) est donc élevé. Le mot théorique est utilisé car, d'après la littérature, les cas d'infections nosocomiales sur suture périnéale sont exceptionnels.

Ceci pourrait s'expliquer par deux grands facteurs :

• **Le diagnostic d'infection du site opératoire repose sur des critères cliniques.**

Les infections sur suture périnéale ne se voient qu'aux alentours de J7. Or, aujourd'hui, la durée moyenne du séjour est de 4,9 jours pour une accouchée voie basse à la MRAP. Si infection nosocomiale il y a, elle ne sera a priori pas visible par la Sage-femme de suite de couches.

• A la MRAP, une **fiche de signalement** d'infection de cicatrice périnéale existe.

Elle permet le signalement des infections survenues après la sortie de la patiente, afin qu'elle soit recensée, mais il semblerait qu'elle ne soit que rarement distribué aux patientes sortantes.

Le chiffre statistique d'infection des sutures du périnée est quasi nul à la MRAP, mais au vu de ces deux conditions, **on peut penser qu'une partie des infections du site opératoire ne sont pas prises en compte car elles ne seraient pas recensées.**

La première des précautions à prendre pour éviter les infections du site opératoire est de respecter la procédure de soin mise en place par l'établissement, car

chaque établissement possède ses propres procédures en fonction de ses besoins propres et ses ressources.

3. LA PROCEDURE DE SOIN [30], [31]

Lors d'un accouchement il est très fréquent d'avoir des lésions du périnée. Les lésions peuvent être plus ou moins importantes en fonction de la parité, de la qualité des tissus maternels, de la prise de poids pendant la grossesse, de l'extraction instrumentale de l'enfant...

85% des accouchements nécessitent que la Sage-femme réalise une suture. [29]

Dans tous les cas, que les lésions soient importantes ou non, la procédure de soin doit être appliquée, car il est toujours question d'une plaie béante à proximité de la sphère anale. De plus toutes les conditions physico-chimiques nécessaires au développement microbien sont optimales, on y trouve :

- une porte d'entrée grâce à l'effraction de la peau, des muqueuses, du muscle.
- un milieu nutritif riche grâce au sang
- une température optimale 37,5° C

Ces trois conditions à elles seules suffisent à la prolifération massive des microorganismes les plus souvent rencontrés dans la flore digestive. A l'accouchement la contamination de la flore vaginale par la flore digestive est pour ainsi dire systématique de part leurs proximités anatomiques. Ces microorganismes sont tous susceptibles de créer une IN, Escherichia Coli, Streptocoque B, entérocoques, Candida albicans. [3], [6]

La procédure de soin se décompose en deux grandes parties :

- Dans un premier temps, il faut **évacuer tout le matériel contaminé** par l'accouchement, et "remettre la patiente au propre" en lui faisant un soin vulvo périnéal.
- Dans un deuxième temps **réaliser l'antisepsie du champ opératoire** grâce au badigeon chirurgical pour la réfection des lésions. Il est donc impératif que le matériel approprié soit utilisé.

En pratique, le matériel nécessaire à l'opérateur est clairement notifié dans la procédure. Il se compose :

- Du petit matériel : cuvettes propres, coton et eau du réseau propre, alèse propre.
- De la tenue : des gants non stériles propres, des gants stériles, une charlotte, un masque, une blouse stérile, les antiseptiques à utiliser pour les lavages de main (un hospitalier pour le soin, un chirurgical pour la réfection).
- Du set de réfection : des antiseptiques nécessaires à la réalisation du badigeon, différents fils résorbables rapides stériles.

Chaque instruments utilisés, chaque gestes effectués peuvent faciliter la transmission des germes du soignant à la patiente et réciproquement.

C'est pour éviter la transmission des germes qu'existe deux procédures de soins à la MRAP qui s'appliquent à la toilette vulvo périnéale ainsi qu'à de la réfection d'épissiotomie.

Grâce au questionnaire, il est facile de reprendre chaque item de ces procédures pour voir si elles sont appliquées sur le terrain.

4. ÉLABORATION DU QUESTIONNAIRE

On sait que le risque zéro n'existe pas, cependant il convient de s'intéresser à ce sur quoi nous pouvons agir.

Il est clair que l'on n'a guère d'impact sur l'état de santé général de la patiente au moment de son admission en salle de naissance. En revanche, il est légitime de se demander s'il est possible d'avoir une efficacité sur les risques inhérents à la pratique des professionnels.

Je vais chercher à savoir si la procédure est appliquée dans son intégralité ou si elle ne l'est que partiellement. Dans ce dernier cas, il est nécessaire de se demander pourquoi.

Pour m'aider dans cette recherche, je vais élaborer un questionnaire qui reprendra toutes les étapes nécessaires, de la réalisation de la toilette périnéale à la réfection d'épissiotomie ; explicitées dans les procédures en vigueurs à la MRAP. [30], [31]

Ce questionnaire sera ensuite distribué aux soignants concernés.

4.1. Population étudiée

La population étudiée est uniquement constituée de soignants de la maternité Régionale Universitaire de Nancy car une procédure ne fait foi que dans son établissement. En effet, elle est réalisée en fonction de la population de patients qui s'y trouvent, des moyens de l'établissement...

4.1.1. Critères d'inclusion :

L'équipe de Sages-femmes de salle de naissance de la MRAP, et les étudiants Sages-femmes de l'école de Nancy. Seuls les 1^{er} et 2^{ème} années de 2^{ème} phase seront recrutés, car rares sont les étudiants des années inférieures qui ont déjà eu l'occasion de suturer à de nombreuses reprises.

4.1.2. Critères d'exclusion :

Les médecins et les internes en médecine ne feront pas partie de la population étudiée, car mon étude et mon questionnaire sont basés sur le soin de la réfection du périnée dans son ensemble. Or, dans la grande majorité des cas, les médecins ne réalisent pas la première moitié du soin, la toilette périnéale, étant faite par la Sage-femme.

4.2. L'échantillon

Dans le cadre d'un audit clinique, il est classiquement admis que l'échantillon doit contenir au moins 30 cas.

Dans les faits, les étudiants Sages-femmes représentent 57 sujets. L'équipe de Sage-femme de SDN de la MRAP représente 25 sujets, soit un échantillon théorique total de 82 sujets.

Étant donné la taille de l'échantillon, on peut estimer que les **résultats seront statistiquement représentatifs de cette pratique à la MRAP.**

4.3. Méthode de recueil [1]

L'audit clinique peut se faire selon trois méthodes : l'observation directe, l'entretien et le questionnaire. Pour mon étude, le questionnaire semble être la méthode la plus adaptée pour des raisons de temps (l'entretien et l'observation demandent un temps trop important), et de positionnement (mon statut d'étudiante ne me permet pas d'évaluer par l'observation la pratique des sages-femmes diplômées d'Etat).

Chacune des méthodes possèdent plusieurs biais. Le plus important dans la méthode du questionnaire réside dans le fait qu'il soit uniquement déclaratif. Il est donc possible que les données recueillies ne soient pas le reflet exact de la réalité.

Pour limiter ce biais, le questionnaire sera :

- Anonyme.
- Les Sages-femmes et étudiants Sages-femmes interrogés ne pourront pas communiquer entre eux.
- Ils ne pourront pas relire les procédures avant de répondre au questionnaire.

Pour ce faire, les étudiants Sages-femmes ont été interrogés entre deux cours lorsqu'ils étaient en classe complète, le 3 février 2009 pour les 1^{ère} années de 2^{ème} phase et le 27 janvier 2009 pour les 2^{ème} année de 2^{ème} phase. Les Sages femmes ont été interrogés à chaque relève de garde sur la semaine du 1^{er} au 7 février 2009

4.4. Logiciels d'exploitation

Au terme de mon étude, j'ai réuni 66 questionnaires soit 81% de l'échantillon théorique :

21 Sages-femmes et 45 étudiants Sages-femmes.

Pour chaque item, le soignant pouvait répondre par oui ou par non. J'étudierai donc pour chaque item, le pourcentage de personnes qui déclarent appliquer la procédure de soin. Le logiciel Excel semble être approprié à ce type de statistiques.

Deuxième partie

1. ANALYSE DES FACTEURS DE RISQUES

L'origine de l'infection peut être :

- Exogène : La transmission s'effectue lors des soins soit de manière directe d'un individu à un autre par :
 - Les mains
 - Les gouttelettes salivaires

De manière indirecte par :

- Un objet
- Un matériel souillé
- Endogène :

Le développement d'un micro-organisme du patient est lié à une baisse de ses mécanismes de défenses immunitaires.

Les micro-organismes ont différents types réservoirs : l'Homme, l'eau, l'air et les surfaces. Ces réservoirs peuvent être endogènes ou exogènes.[32]

- Le réservoir endogène : il est composé des différents germes présents chez le patient. Cela concerne essentiellement les germes du tube digestif, les germes cutanés et les germes de la sphère ORL.
- Le réservoir exogène : il est composé des germes se multipliant dans l'environnement (équipements médicaux, air, eau...), dans les fluides (liquide de perfusion), et de ceux provenant de la flore du personnel soignant et des autres patients.

De plus, il existe plusieurs modes de transmission :

- Par contact
- Par voie aérienne
- Par l'intermédiaire de supports contaminés

Ce sont sur ces pré-recquis que repose l'essentiel des moyens mis en œuvre pour lutter contre les infections nosocomiales.

Les facteurs de risques de transmission des germes sont donc nombreux et variés. Cette transmission peut-être liée **à la patiente, au soignant, à la méthode, au matériel et produits, ainsi que l'environnement.**

Les réponses au questionnaire vont permettre de mettre en évidence les facteurs de risques les moins pris en compte par le personnel soignant.

1.1. **La patiente**

La société américaine des anesthésistes "American Society of Anesthesiologists", a mis au point en 1941 le score ASA, utilisé pour exprimer l'état de santé préopératoire d'un patient. Ce score est l'un des outils utilisés par le Comité Technique National des Infections Nosocomiales (CTIN), dans le cadre de la surveillance des infections du site opératoire. Il permet de mettre en évidence les facteurs de risques favorisant une infection post-opératoire. [7], [27]

Ce score est gradué de 1 à 5. La majorité des patientes admises en salle de naissance à la MRAP sont des femmes jeunes en bonne santé, elles ont un score ASA à 1. Les patientes atteintes d'une légère hypertension, ou qui sont anémiées ont un score à 2. Les femmes qui ont du diabète ou une hypertension grave ont un score à 3.

La MRAP étant un établissement de niveau 3, il accueille une part non négligeable de femmes qui ont un score à 2 ou à 3, donc plus à même de développer une infection nosocomiale. Sur une période de 9 mois on trouve :

- 4,8% des patientes ont un diabète gestationnel [29]
- 0,5% ont un diabète préexistant [29]
- 8,2% sont hypertendues [29]

Cependant, le score ASA ne prend en compte que l'état général de la patiente.

Or, il est important de ne pas oublier que la patiente peut être diabétique, anémiée, hypertendue et être, en plus, porteuse d'une maladie dermatologique ou d'une infection vaginale basse.

Il existe très peu de données dans la littérature qui permettent de lister et/ou de quantifier les facteurs de risques propres aux conditions d'accouchement. Toutefois, la société française d'hygiène hospitalière a publié une liste de situations qui sont dites "à haut risque d'infection du site opératoire" : [5]

- Rupture prématurée des membranes
- Obésité : plus le surpoids est important, plus le risque est élevé
- Electrocardiotocographie interne
- Age de la patiente
- Le travail prolongé et les touchers vaginaux répétés après ouverture de la poche des eaux sont cités, mais il semblerait que leur rôle soit surtout démontré dans les endométrites.

Dans tous les cas, même pour les patientes en bonne santé, qui ont bénéficié d'une grossesse physiologique et d'un accouchement eutocique, **il s'agit toujours d'une plaie dans une zone chaude, en présence de sang, à proximité de la zone anale qui est particulièrement contaminée par la flore endogène du tube digestif, chez une patiente en état d'immunité relative.**

Cet état de fait permet, à lui seul, de penser que les risques d'infections du site opératoire existent. L'état général de la patiente va alors faire augmenter le risque préexistant de développer une infection nosocomiale.

Le risque de contamination de la plaie par la flore endogène de la patiente est possible mais le risque de contamination par la flore exogène du soignant reste une possibilité.

Deux modes d'infection se dégagent :

- L'infection d'origine endogène : la patiente est porteuse du germe, et ce dernier transite d'une partie du corps à une autre, par le geste du personnel, ici du vagin vers la cavité utérine.

- L'infection d'origine exogène : la source de contamination est externe à la patiente, et s'effectue par aérosol de gouttelettes, par les mains du soignant, ou par un dispositif médical.

La boucle de l'infection est ainsi fermée : « J'apporte ou je transporte » les germes, donc je contamine. Les nombreuses portes d'entrée qu'offrent les tissus traumatisés et la plaie placentaire permettent la colonisation. L'état de fatigue maternel aggrave quelque fois par un problème hémorragique, la chaleur, l'humidité et la présence de sang, favorise l'infection.

1.2. Le soignant

85% des accouchements nécessitent une réfection du périnée [29]. Il est vrai que la suture du périnée est un geste fréquent pour la Sage-femme de salle de naissance. On peut donc penser qu'il y a une **banalisation du geste** en lui-même.

1.2.1. Connaissance des procédures

- 88% des personnes interrogées déclarent avoir connaissance de la procédure de la toilette vulvo périnéale dont 85% déclarent l'avoir lue.
- 67% ont connaissance de l'existence de la procédure de la réfection d'épissiotomie dont 52% déclarent l'avoir lue.

La dernière version de la procédure concernant les soins vulvo périnéaux entérinée par le CLIN est de 2003, quant à la réfection d'épissiotomie aucune révision n'a été réalisée depuis sa validation en CLIN en septembre 1997 [30], [31]. Cela peut laisser penser que toutes les Sages-femmes de SDN ainsi que les étudiants Sages-femmes ont **connaissance de ces procédures de soin**.

Pour qu'une procédure de soin soit appliquée par le soignant, il est essentiel que celui-ci en ait tout d'abord pris connaissance [14].

Le soignant représente un réservoir exogène de bactéries pour la patiente, avec des risques de transmission par voie aérienne (mode de transmission du streptocoque A) ainsi que par contact.

La transmission des germes par les mains représente le principal mode de contamination à l'hôpital [4].

Le meilleur moyen pour lutter contre les infections nosocomiales transmises par contact est lavage de mains.

1.2.2. Lavage des mains

En effet, les différents lavages de mains à réaliser au cours de la procédure de soin, de la toilette et de la réfection, ont des objectifs différents :

- 35% des soignants interrogés réalisent un lavage antiseptique des mains avant de réaliser la toilette vulvo périnéale mais, dans 75% des cas, le temps de lavage n'est pas respecté.

Le lavage antiseptique : il doit être réalisé entre chaque geste à haut risque de contamination. Il est réalisé entre l'accouchement et le soin vulvo-périneal. Il faut 1 dose de savon antiseptique, avec un temps de lavage de 1 minute en respectant les 7 étapes du lavage (paume contre paume, mains l'une sur l'autre, doigts entrelacés, doigts en crochet, pouces enserrés, pulpes contre paume, poignets et bords cubitaux).

- 54% déclarent réaliser un lavage chirurgical des mains avant de procéder à la réfection des lésions du périnée.

Le lavage chirurgical : il doit être réalisé avant un geste chirurgical. Il a pour but d'éliminer la flore cutanée des mains pour empêcher la contamination manu portée. Il faut utiliser un savon antiseptique, une brosse stérile pour les ongles et des champs stériles. Il doit durer 6 minutes. Le lavage chirurgical doit être réalisé avant de faire le badigeon.

Dans tous les cas, pour que le lavage de mains soit efficace, il faut que le praticien ne porte aucun bijou (bague, bracelet), les ongles doivent être courts et sans vernis.

La tenue du soignant se compose de plusieurs éléments :

1.2.3. La charlotte

- 72% des soignants déclarent porter une charlotte au moment de la toilette périnéale et de la suture.

Les cheveux longs doivent être attachés car ils sont très riches en micro-organismes. Il faut donc éviter à tout prix qu'un cheveu entre en contact avec le périnée de l'accouchée. Cependant, attacher ses cheveux ne dispense pas du port de la charlotte. La charlotte a pour but de prévenir la chute des cheveux mais aussi celle des squames du cuir chevelu. [33]

1.2.4. La surblouse

Elle a plusieurs fonctions. Elle évite la propagation des germes, entre les différentes parturientes dont s'occupe la sage-femme. Elle protège des risques de projections de liquides biologiques sur la blouse de la Sage-femme et elle empêche que la flore exogène du soignant contamine la plaie du périnée de la patiente, au moment de la toilette vulvo périnéale. [33]

1.2.5. Le masque

- 100% des soignants déclarent porter un masque lors de la réalisation de ces soins.

Il fait barrière à tous les germes qui se transmettent par voie aérienne. Il doit être porté pendant la toilette et la réfection du périnée. Le masque est à usage unique, et il a une durée d'efficacité de 3 heures si on le garde correctement appliqué sur le visage. Le soignant ne doit jamais oublier que le risque de contaminer une patiente avec Streptocoque A. existe. [34]

1.2.6. La blouse stérile:

- 9% des praticiens disent porter une blouse stérile pour réaliser la réfection des lésions du périnée, il s'agit uniquement d'étudiants

La suture périnéale est un temps chirurgical en soi [5], la blouse stérile est donc l'habillement nécessaire à la pratique de ce geste.

:

1.2.7. Les gants

- 50% des soignants gardent les gants qui ont servi à l'accouchement pour réaliser la toilette périnéale.

Les gants stériles de l'accouchement sont souillés par la flore endogène de la patiente (selles, sang, urine, liquide amniotique), ils ne peuvent donc pas être utilisés pour faire la toilette vulvo-périnéale. Pour la toilette, le soignant porte des gants non stériles à usage unique pour éliminer la majeure partie de la flore bactérienne présente sur le périnée suite à l'accouchement. L'usage des gants stériles sera réservé à la phase d'antisepsie et de la suture périnéale. [5]

Cela dit, toutes les précautions possibles et imaginables ne seront d'aucune efficacité si le soignant ne respecte pas la méthode de réalisation du soin.

1.3. La méthode

Chaque soin doit obéir à une méthode stricte. Si les étapes du soin ne sont pas respectées, on augmente à chaque fois le risque de transmission. [1]

- Dans 65% des cas, il reste du matériel souillé par l'accouchement sur le chariot, avant de réaliser la toilette vulvo-périnéale et dans 17% des cas, il reste du matériel souillé sur le chariot avant de réaliser la suture.
- Dans 68% des cas, la toilette vulvaire est réalisée sur des champs qui ne sont pas propres.

Le fil conducteur de la méthode de réalisation de soin tend toujours à exécuter les étapes sales en premier, enlever le matériel souillé par l'accouchement, enlever les champs sales, pour se rapprocher, petit à petit, de l'asepsie : la toilette périnéale puis le badigeon.

De plus, pour que la méthode soit pertinente, il faut utiliser le matériel et les produits recommandés à l'étape du soin. [5]

1.4. Le matériel et les produits

Le matériel utilisé pour réaliser le soin doit toujours être adapté. Il est clairement détaillé dans la procédure de soin. Il se compose :

- D'un lavabo, d'un distributeur de papier, de papier essuie-main, d'un adaptable.
- De deux **cuvettes** propres et décontaminées.
 - 95% des personnes interrogées n'utilisent pas de cuvettes propres et décontaminées, mais gardent celle qui a servi tout au long du travail.
- De **coton** propre.

Tous ces éléments n'ont pas besoin d'être stériles, mais doivent être propres. Pour cela, il est nécessaire que leur décontamination soit systématique entre deux patientes, notamment le lavabo et le distributeur de papier.

- **L'adaptable** doit être désinfecté, après avoir évacué tout le matériel souillé par l'accouchement.
 - Dans la cohorte interrogée, personne ne désinfecte le chariot avant d'y reposer le matériel stérile nécessaire à la réfection du périnée.
- **L'eau** n'a pas besoin d'être stérile, l'eau du réseau est suffisante.
 - 62% remettent de l'eau propre du réseau pour faire la toilette vulvo périnéale.
- **Le set d'épissiotomie** sur la période du 17/03/08 au 17/11/2008, on dénombre 1706 accouchements voie basse dont 1456 pour lesquels une réfection du périnée fut nécessaire. Sur cette même période, le service de la MRAP a sorti 1085 sets d'épissiotomie. [35]
 - Cela signifie que ¼ des patientes sont suturées sans que le set stérile de réfection d'épissiotomie ne soit utilisé.

Pour le matériel stérile, il faut toujours s'assurer de la date de stérilisation. Pour les antiseptiques, il faut écrire dessus la date d'ouverture du produit. Les solutions

antiseptiques peuvent être conservées 1 mois. De plus pour que l'antiseptique soit efficace, il faut respecter son mode d'usage ainsi que le temps d'action. **Ce n'est pas l'application seule du produit qui va permettre l'asepsie, mais son association à l'action mécanique de la détersión.** " *Les meilleurs produits ne sont efficaces que s'ils sont bien utilisés*" [5].

- **La détersión** : 23% des soignants ne réalisent pas l'étape de la détersión.
- **Le rinçage** : 44% ne rincent pas le savon antiseptique avant de réaliser le badigeon.
- **Le badigeon** : 91% réalisent un badigeon, mais seulement 15% d'entre eux utilisent la pince à pansement pour le faire.

Rappelons, pour que le badigeon soit efficace, il faut respecter les trois temps : détersión avec un savon antiseptique, rinçage, antisepsie...

2. DISCUSSION

Le travail réalisé a permis de mettre en évidence que l'application des procédures n'est pas suivie de façon rigoureuse par le personnel concerné par ce type de soin.

De cette analyse émerge un certain nombre de points faibles.

2.1. Points faibles

2.1.1. Les gants stériles

50% de l'échantillon interrogé à propos de la procédure des soins vulvo périnéaux, dit ne pas enlever ses gants, dont quelques uns déclarent les rincer sous l'eau. Même si des gants paraissent propres macroscopiquement, ce sont ceux de l'accouchement et par voie de conséquences, ils sont porteurs de l'ensemble des germes de la sphère génitale. A l'heure actuelle, nous retrouvons fréquemment des entérobactéries résistantes aux antibiotiques.

Pour anecdote, des biologistes ont réussi à faire se diviser des bactéries présentes dans des tombeaux de pharaons égyptiens datant de cette époque [36], [27]

En conclusion, le simple fait de passer les gants sous l'eau ne permet pas d'éliminer la flore bactérienne qui s'y trouve.

2.1.2. Le mimétisme

La majorité des étudiants disent organiser le soin de la toilette périnéale et de la réfection d'épissiotomie comme on leur a enseigné en stage. Or, il apparaît que la pratique de ces soins diverge d'un praticien à l'autre.

Il est à préciser que 40 heures de cours théoriques sont dispensées au cours du cursus, auquel est associé l'ensemble des travaux pratiques nécessaires à l'enseignement des différentes pratiques de soins pour lesquelles les procédures sont utilisées comme un cours.

De ce fait, les stagiaires sont en capacités d'appliquer les règles de bonnes pratiques qui doivent permettre de limiter les facteurs de risques d'infection.

On peut donc s'interroger sur le différentiel qui existe entre les principes enseignés en formation initiale et la réalité du terrain.

2.1.3. La notion d'urgence

Pour beaucoup de Sages-femmes et d'étudiants, il existe une certaine notion d'urgence dans le geste de réfection d'épissiotomie. En effet, la notion de saignement abondant revient souvent. Or, les épissiotomies ou les déchirures hémorragiques ne sont pas systématiques. Lorsque la déperdition sanguine maternelle n'est pas inquiétante, rien n'empêche le soignant d'appliquer la procédure dans son intégralité.

Cependant, face à une véritable urgence, l'application d'une procédure d'hygiène ne pourra dans la plupart des cas être appliquée dans son intégralité.

Il appartient à chacun des praticiens de peser le bénéfice risque face à de telles situations.

2.1.4. Les changements d'équipes

Les procédures de toilette périnéale et de réfection d'épissiotomie ayant respectivement 6 et 12 ans, et compte-tenu du turn over qui existe au sein d'un service, les procédures pourraient être représentées au personnel, en leur demandant d'en prendre connaissance, et de s'engager à les appliquer en signant la feuille d'émargement.

2.2. Stratégie d'amélioration

2.2.1. Sensibiliser au moment du recrutement

Au sein d'un établissement, les procédures mises en place sont là pour répondre aux besoins du soignant face à tel ou tel type de situation. Dans notre cas, l'improvisation n'a pas sa place. La procédure existe, elle doit donc être respectée (sauf cas de saignement abondant).

Il est à préciser que toutes les procédures sont accompagnées d'une feuille d'émargement avant la mise en application. Cette feuille d'émargement doit être signée par le personnel qui, de ce fait, montre qu'il en a pris connaissance et qu'il va l'appliquer en cas de nécessité.

Cependant, il semblerait opportun lors de tout recrutement de faire une sensibilisation aux différentes procédures de soin utilisées dans l'établissement.

2.2.2. Engagement des praticiens

Pour faire adhérer les différents praticiens aux procédures, il est important de les introduire dans les groupes de travail lors de l'élaboration voire de révision de celles-ci.

Cette démarche participative s'inscrit dans le processus d'amélioration continue de la qualité et de l'évaluation des pratiques professionnelles recommandées par la HAS.

2.2.3. Travailler en réseau

Nous avons vu que la durée moyenne de séjour est de 4,9 jours à la MRAP, il est peu probable que les Sages-femmes de suites de couches puissent observer les manifestations cliniques de l'infection du site opératoire.

En revanche, de plus en plus de femmes bénéficient du suivi du post-partum après le retour à domicile, grâce aux Sages-femmes libérales.

Nous allons de plus en plus travailler en réseau, il est donc primordial de sensibiliser l'ensemble des acteurs (Sages-femmes hospitalières, Sages-femmes libérales, médecins traitants, gynécologues, obstétriciens) à la surveillance des

infections nosocomiales.

Il semblerait intéressant d'une part, de rappeler aux Sages-femmes de suites de couches, combien il est important que la feuille de déclaration d'infection du site opératoire soit distribuée aux patientes concernées à la sortie ; et d'autre part, de demander aux Sages-femmes libérales de signaler et adresser à la maternité les accouchées qui seraient porteuses d'une infection du site opératoire.

Rappelons, pour qu'une infection nosocomiale soit prise en compte, elle doit être signalée au service du CLIN de l'établissement.

Conclusion

Il semble très important de sensibiliser et de rappeler que chacun à son niveau est un acteur de la prévention des infections nosocomiales.

Le manque implication du personnel soignant vis-à-vis de l'hygiène reste une préoccupation majeure dans les services de soin.

Les procédures de soin d'un établissement sont faites par et pour un établissement précis. Elles sont écrites ou révisées en fonction, soit d'une augmentation des infections, soit par des textes législatifs qui apportent de nouveaux éclairages sur la prévention, soit par la mise en service de nouveau matériel, ou encore, suite à des difficultés d'application mentionnées par les acteurs de soin à l'unité d'hygiène.

Pour permettre l'appropriation d'une procédure, cette dernière est travaillée de façon collégiale entre le personnel concerné et un ou plusieurs responsables d'unité d'hygiène

C'est de la responsabilité de chacun d'évaluer ses pratiques afin de les corriger ou tout simplement de les améliorer, toujours dans l'optique d'une recherche de qualité et de sécurité des soins.

L'hygiène est présente dans tous les soins et actes médicaux que l'on prodigue aux patients, de notre toute première à notre toute dernière garde.

A l'heure actuelle, la qualité et la sécurité des soins sont une préoccupation majeure de tout patient. Les acteurs de santé qui appliquent déjà leurs connaissances en obstétrique avec rigueur doivent en faire de même avec celles relatives à l'hygiène.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ouvrage collectif publié sous la direction de Fabry.J,
Maîtrise des infections nosocomiales de A à Z.
1^{ère} édition Health and co édition 2004
2. HAS Haute autorité de santé,
L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé.
Juin 2005
3. Nauciel.C., Villde.J-L,
Abrégés bactériologie médicale
2^{ème} édition Masson Paris 2005
4. Sous la direction de Brucker.G,
Infections nosocomiales et environnement hospitalier.
Flammarion médecine sciences 1998
5. SFHH société française d'hygiène hospitalière, Guide pour la prévention des infections nosocomiales en maternité. Version 2 juin 2003
6. C-CLIN sud ouest, Microorganisme responsable d'infections nosocomiales. Guide technique d'hygiène hospitalière
7. Comité technique national des infections nosocomiales, 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Deuxième édition 1999

8..Tissot-Guerraz.F,

Infection nosocomiale en maternité : épidémiologie, prophylaxie, contexte médico-légal
Assises nationales des Sages-femmes Brest 2005

www.cclin.com/PDF/RHC_210605_TISSOTGUERRAZ.pdf le 09/03/2008

9. Tissot-Guerraz.F,

Surveillance épidémiologique des infections nosocomiales en maternité

www.siihf.org le 12/12/2008

10. C-CLIN sud ouest, *Surveillance des infections nosocomiales en maternité 2005*

11. Ministère de la santé et de la protection sociale, Programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008

www.sante-jeunesse-sport.gouv.fr le 24/12/2008

12. Avril.J-L, Cariet.J,

Les infections nosocomiales et leurs préventions

Ellipse 1998

13. Sous la direction de Segouin.C,

L'accréditation des établissements de santé, de l'expérience internationale à l'application française

Assistance des hôpitaux de Paris 1998

14. Leteurtre.H, Ptrelle.I, Quaranta. J-F, Ronziere. N

La qualité hospitalière

Audit hôpital Berger-Levrault 1999

15. Sous la direction de P. FORCIOLI

L'accréditation, démarche mise en œuvre et perspective

Masson 2001

16. CLIN de la Maternité Régionale de Nancy, Guide des déclarations des infections nosocomiales .Date application 01/11/2002

17. Circulaire DHOS/E2/DGS/SD5C n° 2004-21 du 22 janvier 2004, Relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patientes dans les établissements de santé.

18. Décret n°99-1034 du 6 décembre 1999, Relatif à l'organisation de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé.

19. Comité technique des informations nosocomiales et des infections liées aux soins, Définition des infections associées aux soins. Mai 2007

20. Norme ISO 8402, Relative au contrôle de qualité

21. Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, Relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée

22. HAS, Manuel de certification (ex-accréditation) des établissements de santé - 2^{ème} procédure de certification V2

Septembre 2004

23. Code de la santé public art. L 4133-1, Relatif à la formation médicale continue, www.legifrance.fr le 14/07/2008

24. Code de déontologie des sages femmes art. R4127-304, Relatif à la formation médicale continue, www.legifrance.fr le 06/02/2009

25. Décret n° 2005- 346 du 14 avril 2005, art. D.4133-0-1, Relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles, Journal officiel de la République Française

26. Mater.lien lutte contre les infections nosocomiales n° 5 novembre 2002

Surveillance de survenue d'infection nosocomiale sur 31460 accouchées entre 01/01/2001 et le 31/12/2001, www.cclin-sudest.chu-lyon.fr le 21/10/2008

27. Veyssier.P, .Domart.Y, Liebbe.A-M

Abrégés infections nosocomiales

2ème édition Masson

28. Décret n°88-657 du 6 mai 1988, Relatif à l'organisation de la surveillance et de la prévention des infections nosocomiales dans les établissements d'hospitalisation publics et privés participant au service public hospitalier. www.legifrance.fr le 06/02/2009

29. DIM département de la maternité régionale de Nancy

30. CLIN Maternité Régionale de Nancy, Procédure des soins vulvo périnéaux, Mars 2003

31. CLIN Maternité Régionale de Nancy, Procédure de réfection d'épissiotomie, 19 septembre 1997

32. *Flore endogène, flore exogène, modes de transmission,* www.hpci.ch/files/formation/hh_bases-theoriques.pdf le 23/02/2009

33. CCLIN sud ouest, Recommandations pour une tenue vestimentaire adaptée des personnels soignants en milieu hospitalier, www.cclin-sudouest.com le 10/10/2008

34. Mémoire Bluteau.C, Le streptocoque A en maternité, Soutenue en 2007

35. Pharmacie hospitalière de la Maternité Régionale de Nancy

36. La spore (endospore) bactérienne, www.bacteriologie.net le 10/03/2009

ANNEXE 1



Maternité Régionale
de Nancy

**MATERNITE
REGIONALE
DE NANCY**

**Adjointe du Chef de Missions
Coordination des Soins – Coordination des
Vigilances – Hygiène et Qualité**

DOSSIER SUIVI PAR : CHRISTINE GIRARDIN
POSTE : 03 83 34 29 25
NOS REF.: CGI/MDC 004/2009

Nancy, le 27 février 2009

Mademoiselle Véronique GUY

30 rue Sainte Anne

54000 NANCY

Objet : Procédures "Réfection épisiotomie" et "Soins vulvo-périnéaux"

Mademoiselle,

En réponse à votre demande, je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint les procédures mises en place dans notre Etablissement.

Je tiens tout particulièrement à vous rappeler quelques règles en vigueur au sein de la Maternité Régionale dans ce cas précis, de diffusion externe d'un tel support de réflexion :

- En aucun cas, vous ne pouvez utiliser ce document en l'état, il est la propriété de la Maternité Régionale de Nancy, et nous déclinons toute responsabilité quant à son utilisation.

En espérant que ce document sera, pour vous un bon support de travail,

Je vous prie d'agréer, Mademoiselle, l'expression de mes salutations les meilleures.

C. GIRARDIN

ANNEXE 2

Grille de recueil

Objectif : évaluer l'application des protocoles relatifs à la suture du périnée et à ses risques infectieux, dans le cadre du mémoire de fin d'étude.

N°		oui	non	remarques
Généralités				
1	Vous êtes sage femme ?			
2	Vous êtes étudiante sage femme ?			
3	Avez vous connaissance du protocole de la toilette périnéale ?			
4	L'avez-vous lu ?			
5	Avez vous connaissance du protocole de réfection d'épissiotomie ?			
6	L'avez vous lu ?			
La toilette périnéale				
7	Réalisez vous une toilette périnéale après l'accouchement ?			
8	Avant de réaliser la toilette périnéale, reste t-il du matériel souillé par l'accouchement sur le chariot ?			
9	Réalisez vous une désinfection de surface sur le chariot ?			
10	Portez vous les gants qui ont servi à l'accouchement pour faire la toilette périnéale ?			
11	Réalisez vous un lavage antiseptique des mains avant de faire la toilette ?			
12	Respectez vous le temps de lavage de mains ?			
13	Réalisez vous la toilette sur des champs propres ?			
14	Utilisez vous deux cuvettes propres désinfectées ?			
15	Si vous n'avez pas changé de cuvette, changez vous l'eau ?			
16	Utilisez vous un savon antiseptique ?			
17	Utilisez vous de l'eau propre du réseau ?			
18	Utilisez vous des cotons propres ?			
19	Effectuez vous une détersión sur les lésions ?			
20	Effectuez vous un rinçage sur les lésions ?			
La réfection				
21	Avant de procéder la réfection du périnée, reste t il du matériel souillé par l'accouchement sur le chariot ?			
22	Portez-vous une charlotte ?			
23	Portez-vous un masque ?			
24	Portez-vous une blouse stérile ?			
25	Avant de débuter une suture périnéale effectuez-vous un lavage de mains chirurgical ?			
26	Utilisez vous un détergent antiseptique pour vous laver les mains ?			
27	Utilisez vous systématiquement un set à suture d'épissiotomie pour réaliser une suture du périnée ?			
28	Réalisez vous un badigeon avant de commencer à suturer ?			
28	Utilisez vous la pince à pansement pour réaliser le badigeon ?			

ANNEXE 3



MATERNITÉ RÉGIONALE « A. PINARD »-NANCY

10, rue du Docteur Heydenreich - B.P 4213 - 54042 NANCY Cedex - Tél. : 03.83.34.44.44. - Télécopie : 03.83.34.44.10

Code : DSS.303.MO.022	Version 1	Titre : SOINS VULVO PERINEAUX	Date d'application : Mars 2003	Page 1/5
--------------------------	--------------	-------------------------------	-----------------------------------	----------

	<i>Rédacteur pour l'ensemble des cadres et des soignants</i>	<i>Vérificateur</i>	<i>Approbateur</i>
<i>Fonction</i>	Sage femme responsable Hygiène	Sage Femme coordinatrice	Président CLIN
<i>Nom</i>	Mme GIRARDIN	Mme KRIGUER	Pr JUDLIN
<i>Date</i>	Novembre 2002	Janvier 2003	20 mars 2003
<i>Visa</i>			

HISTORIQUE

Date	Nature de modifications
Novembre 2002	Création

DESTINATAIRES

Date		<i>Nature des modifications</i>
Création		
RES		
DESTINATAIRES		
ction		
		LOCALISATION

DESTINATAIRES		LOCALISATION	Nb d'ex.
Fonction	Nom		
Président CLIN	Pr. JUDLIN	Gynécologie	1
Coordinatrice	F. KRIGUER	Direction	1
Directrice	M. POUTAS	Ecole de sages-femmes	1
Cadre supérieur	A. SARAZAIN	Gynécologie	1
	D. ANTOINE	Mère-enfant	1
	J. JUREK	Plateau technique	1
Cadre	L. HILPERT	Blocs	1
	M. FURTWENGLER	Anesthésie réanimation	1
	ML. PICHON	Anténatal	1
	B. GUILLEMAIN	Salle de naissances	1
	C. GIRARDIN	Hyggiène	1



MATERNITÉ RÉGIONALE « A. PINARD » - NANCY

10, rue du Docteur Heydenreich - B.P 4213 - 54042 NANCY Cedex - Tél. : 03.83.34.44.44. - Télécopie : 03.83.34.44.10

Code : DSS.303.MO.022	Version 1	Titre : SOINS VULVO PERINEAUX	Date d'application : Mars 2003	Page 2/5
--------------------------	--------------	-------------------------------	-----------------------------------	----------

I. OBJET

- ◆ Assurer un état de propreté
- ◆ Permettre une démarche éducative.
- ◆ Favoriser la cicatrisation
- ◆ Eviter une infection :
 - endogène
 - exogène

II. DOMAINES D'APPLICATION

Ce mode opératoire s'adresse aux sages-femmes (SF), infirmières diplômées d'état (IDE), stagiaires, Aide-soignante (AS) ou auxiliaire puéricultrice (AP) de la Maternité Régionale de Nancy.

III. DOCUMENTS ET REFERENCES

- Guide pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales en maternité « Société Française d'Hygiène Hospitalière - mai 1998 »
- Procédures :
 - ↳ Hygiène des mains à l'hôpital : lavage n° UFH.303.MO.001 (*CLIN 1994*)
 - ↳ Hygiène des mains à l'hôpital : Friction antiseptique n° UFH.303.MO.017 (*CLIN 2001*)
 - ↳ Utilisation des détergents et antiseptiques n° PHI.303.PG.004 (*version 3*)
 - ↳ Pose de sonde à demeure et entretien (*CLIN 1996*)
- Responsabilités juridiques et fonctions de l'aide soignante et de l'auxiliaire puéricultrice. Claude BOISSIER éditions Lamarre 1992

IV. PROCESSUS

PRE REQUIS

Pour répondre aux objectifs :

- ↳ Inciter les patientes autonomes à prendre une douche tous les jours
La sage-femme ou l'infirmière lors de son examen clinique, vérifiera la qualité du soin et le réadaptera si nécessaire tout en réitérant les conseils d'hygiène.
- ↳ Réaliser un soin vulvo périénal si :
 - la patiente est dépendante :
 - ⇒ Après chaque selle lors d'une rupture prématurée des membranes ou d'un périénal en voie de cicatrisation
 - ⇒ Avant la toilette corporelle au lit ou au lavabo.
 - La patiente est au 1^{er} jour du post partum (les soins seront réalisés dans un but éducatif pour être poursuivi par la patiente elle-même)
 - ⇒ Matin et après midi
 - La patiente présente un périénal cicatriciel notamment (épissiotomie, déchirure complète, déchirure complète compliquée, cure de prolapsus)
 - ⇒ Matin et soir pendant 48 heures et plus en fonction de la qualité de la cicatrisation.
 - ⇒ Après chaque émission de selles



MATERNITÉ RÉGIONALE « A. PINARD » - NANCY

10, rue du Docteur Heydenreich - B.P. 4213 - 54042 NANCY Cedex - Tél. : 03.83.34.44.44. - Télécopie : 03.83.34.44.10

Code : DSS.303.MO.022	Version 1	Titre : SOINS VULVO PERINEAUX	Date d'application : Mars 2003	Page 3/5
--------------------------	--------------	-------------------------------	-----------------------------------	----------

- La patiente est en salle de naissances ou en secteur anténatal, les soins seront obligatoirement effectués :
- ⇒ Pour toute entrée en salle de naissances d'une patiente en travail,
 - ⇒ Avant une amniotomie,
 - ⇒ Avant tout acte sur poche rompue tels que :
 - TV,
 - Réalisation d'un Ph in utero
 - Pose de tocographie interne ou d'oxymétries,
 - ⇒ Avant et après :
 - un accouchement
 - une suture vulvo périnéale
 - ⇒ Avant de quitter la salle.

Remarques

Quel que soit le service, la présence d'une sonde à demeure requiert un soin vulvo périnéal deux fois par jour dont la méthodologie est décrite ci-dessous.

Si présence d'une sonde urétérale, se référer à la procédure de pose de sonde à demeure et entretien (CLIN 1996) pour réaliser les soins.

A. PREPARATION DU MATERIEL

- Effectuer un lavage simple des mains
- Prendre un chariot propre décontaminé

Sur le plateau supérieur déposer :

- Un plateau lavage de mains pour les chambres ne possédant pas de poste de lavage de mains :
 - Prendre un flacon de savon doux et un flacon de solution hydro alcoolique
 - Du papier essuie mains
- Deux cuvettes propres décontaminées (n°1, n°2)
- Un sachet de coton
- Un petit plateau propre décontaminé dans lequel est déposé une paire de gants non stérile
- Deux sachets plastique type P E H D
- Une alèse protection de lit à usage unique petit modèle(le grand étant réservé pour la salle de naissances)
- Un bassin propre décontaminé
- Des garnitures
- Un slip en filet (utilisé en salle de naissances et gynécologie en début de séjour et en dépannage à titre exceptionnel)
- Une alèse propre
- De l'eau du réseau
- Du savon antiseptique spécifique aux soins vulvo périnéaux (cf. procédure d'utilisation des détergents et antiseptiques)



MATERNITÉ RÉGIONALE « A. PINARD »-NANCY

10, rue du Docteur Heydenreich - B.P 4213 - 54042 NANCY Cedex - Tél. : 03.83.34.44.44. - Télécopie : 03.83.34.44.10

Code : DSS.303.MO.022	Version 1	Titre : SOINS VULVO PERINEAUX	Date d'application : Mars 2003	Page 4/5
--------------------------	--------------	-------------------------------	-----------------------------------	----------

B. TECHNIQUE DU SOIN VULVO PERINEAL

a. Organisation du matériel au chevet de la patiente

- Effectuer un lavage simple des mains selon la procédure
- Prendre la cuvette n°1 :
 - Mettre une dose du savon antiseptique dans la cuvette
 - Ajouter l'eau du réseau
 - Mettre ensuite les cotons
- Prendre la cuvette n°2, la remplir avec de l'eau du réseau

b. Préparation de la patiente

- Placer la protection de lit dans le sens de la longueur, sous le siège de la patiente
- Palper l'involution utérine (si accouchée)
- Retirer le slip (**si slip filet, il sera déposé ultérieurement dans le sac à linge**)
- Prendre la garniture avec une main protégée par le sachet type PEHD, l'examiner, la déposer emballée par le sachet sur le plateau inférieur du chariot (s'il s'agit d'une garniture en tissu, elle sera ensuite déposée dans le sac à linge.)
- Installer la patiente en position gynécologique sur un bassin recouvert d'une feuille de papier essuie-mains.
- Placer en avant du bassin un sac type PEHD et les cuvettes

c. Méthodologie

- Effectuer une friction antiseptique des mains avec la solution hydroalcoolique selon la procédure
- Mettre les gants non stériles
- Favoriser le mélange des produits en appuyant sur les cotons de la cuvette n°1
- Effectuer la détersión

Chaque coton essoré est mis directement après usage dans le sac type PEHD

Les gestes s'effectuent toujours du pubis vers l'anus

- 1^{er} et 2^e coton Grande lèvre droite jusqu'au pli inguinal
 - 3^e et 4^e coton grande lèvre gauche jusqu'au pli inguinal
 - 5^e coton petite lèvre droite
 - 6^e coton petite lèvre gauche
 - 7^e coton méat urinaire
 - 8^e et 9^e coton vulve
 - 10^e coton cicatrice
 - 11^e coton anus
 - Oter les cotons restant dans la cuvette, les déposer essorés dans le sac type PEHD et vider l'eau de la cuvette dans le bassin
 - Vérifier la cicatrice s'il y a lieu
- Réaliser le rinçage



MATERNITÉ RÉGIONALE « A. PINARD » - NANCY

10, rue du Docteur Heydenreich - B.P. 4213 - 54042 NANCY Cedex - Tél. : 03.83.34.44.44. - Télécopie : 03.83.34.44.10

Code : DSS.303.MO.022	Version 1	Titre : SOINS VULVO PERINEAUX	Date d'application : Mars 2003	Page 5/5
--------------------------	--------------	-------------------------------	-----------------------------------	----------

- Rincer la vulve et le périnée à l'eau du réseau à l'aide de la cuvette n°2
Pour ce faire :
 - ôter le gant de la main dominante
 - Effectuer le rinçage de haut en bas en écartant grandes et petites lèvres avec la main restée gantée.
- Sécher la vulve et le périnée avec un papier absorbant en respectant scrupuleusement la méthodologie du haut vers le bas sans effectuer d'aller retour.
- Oter le plat bassin et glisser la garniture
- Déposer le plat bassin sur le plateau inférieur du chariot
- Oter le dernier gant
- Aider la patiente à mettre son slip
- Changer l'alèse

Si un examen clinique est à réaliser (SF ou ESF) ce dernier sera précédé d'un lavage simple des mains.

- Recouvrir la patiente
- Immerger les cuvettes dans le bac à pré traitement
- Vider le contenu du bassin dans les toilettes, le remettre sur le plateau inférieur du chariot
- Fermer le sac type PEHD, le mettre dans la poubelle de la patiente
- Effectuer une friction antiseptique des mains avec la solution hydro alcoolique
- Consigner l'acte
- Nettoyer désinfecter ranger le matériel
- Effectuer un lavage simple des mains

ANNEXE 4

Cellule Qualité
Coordination des vigilances
Rue du Dr Heydenreich B.P. 4213
54042 NANCY CEDEX
Tél. 03.83.34.36.88

Réfection épisiotomie

La réfection comporte deux étapes :

1ère étape : la toilette

• Préparation du matériel :

- 2 cuvettes propres, décontaminées
- des coton
- 1 détergent antiseptique
- 1 haricot
- 1 absorbex propre
- 1 ou 2 alèses propres
- 1 paire de gants à usage unique (non stérile)

• Préparation de l'opérateur

- Porter une surblouse propre
- Effectuer un lavage antiseptique des mains
- Mettre des gants à usage unique

• Préparation locale : toilette

- Eliminer l'absorbex sale
- Effectuer la détersión (1ère cuvette)
- Effectuer le rinçage (2ème cuvette)
- Installer la patiente sur du linge propre

Selon la méthodologie de la toilette
d'accouchée

2ème étape : la réfection

• Préparation du matériel

- Un chariot propre décontaminé (plus rien de l'accouchement ne doit s'y trouver)
- Un set d'épistomie contenu dans le champ de table, il contient :
 - une Kocher (18)
 - des ciseaux
 - un porte aiguille
 - une pince Quenu
 - une cupule oblongue + pince à pansement
 - 10 compresses
 - 4 champs stériles

- Une blouse stérile + un champ pour s'essuyer les mains
- Une paire de gants chirurgicaux
- Un antiseptique type BETADINE gynécologique (vérifier date d'ouverture et de péremption des flacons)
 - Xylocaïne 1 %
 - Une seringue
 - Une aiguille
 - Fil à suture
 - Une charlotte et un masque (nécessité d'être dans leur boîte d'emballage)

- **Préparation de l'opérateur**

Mettre une charlotte et un masque

Effectuer un lavage de mains chirurgical

Mettre une blouse stérile

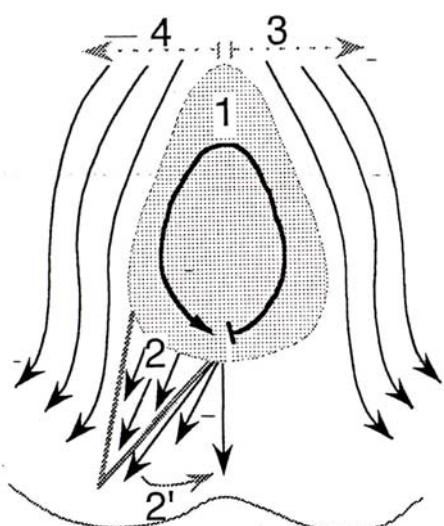
Mettre des gants stériles

- **Préparation locale de la patiente**

Installer le plan de travail

Réaliser l'antiseptise de la zone vulvo-prénale par un badigeon :

- le badigeon s'effectue de haut en bas,
du plus propre au plus sale



La méthodologie proposée est la suivante :

- 1) le vagin
- 2) l'épissiotomie puis l'anus 2 min
- 3) petite lèvre gauche
grande lèvre gauche
pli inguinal gauche
- 4) petite lèvre droite
grande lèvre droite
pli inguinal droit

Mémoire de fin d'étude en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage femme

Ecole de Sages Femmes Albert Fruhinsholtz

10, rue du Docteur Heydenreich

54000 Nancy

Titre : suture du périnée- risque infectieux

Méthode : Evaluation des pratiques professionnelles, par l'audit clinique à l'aide d'un questionnaire

Mots clefs : hygiène hospitalière, infections nosocomiales, certification des établissements de santé, réfection épisiotomie.

Résumé : La réfection de périnée est un geste médical réalisé fréquemment par les sages femmes de salle de naissances, il s'agit d'une petite chirurgie dans une zone particulièrement contaminée, chez des patientes en immunités relatives.

Grâce à un audit clinique évaluant la pratique des sages femmes de salle de naissances ainsi que celle des étudiants sages femmes de 2^{ème} phase, on observe que pour ce geste les procédures de soins ne sont pas appliquées de façon rigoureuse.

Les principaux facteurs de risques infectieux au moment de la réfection du périnée ont été recherchés afin de proposer des mesures correctrices.

Summary: The perineum repairing is a medical act realized daily by the labor room-midwives. This act is a small surgery practiced in an area especially contaminated of female patients with relatives immunities.

A clinical audit, which evaluates both the labor room-midwives and the 2nd-stage-students' practices, has underlined that the medical care procedures of the perineum repairing are not applied meticulously.

The main factors of infectious risks have been explored in order to propose corrective actions

TABLE DES MATIERES

Sommaire	3
Préface	4
Introduction	5
Première partie.....	6
1. généralités	7
1.1. Haute autorité de santé – HAS	7
1.2. Certification des établissements de santé [1], [2], [11], [13], [14], [15], [22] ..	8
1.3. Formation médicale continue – FMC [23], [24], [25]	9
1.4. L'évaluation des pratiques professionnelles – EPP [1], [2], [5], [10], [14], [25]	
10	
1.5. Audit clinique – AC [1], [12], [14]	10
2. Épidémiologie	11
2.1. Les études [1], [8], [9], [11], [26]	11
2.2. Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales CLIN [1], [7], [12], [14],	
[18], [27], [28].....	12
2.3. Infection nosocomiale – IN [1], [3], [4], [5], [6], [11], [12], [16], [27].....	12
3. La procédure de soin [30], [31]	15
4. Élaboration du questionnaire	17
4.1. Population étudiée.....	17
4.1.1. Critères d'inclusion :	17
4.1.2. Critères d'exclusion :	18
4.2. L'échantillon.....	18
4.3. Méthode de recueil [1]	18
4.4. Logiciels d'exploitation	19
Deuxième partie.....	20
1. analyse des facteurs de risques	21
1.1. La patiente.....	22
1.2. Le soignant.....	24
1.2.1. Connaissance des procédures.....	24
1.2.2. Lavage des mains	25
1.2.3. La charlotte	26
1.2.4. La surblouse	26
1.2.5. Le masque	26
1.2.6. La blouse stérile:	26
1.2.7. Les gants	27
1.3. La méthode	27
1.4. Le matériel et les produits	28
2. Discussion.....	30
2.1. Points faibles	30
2.1.1. Les gants stériles	30

2.1.2.	Le mimétisme	30
2.1.3.	La notion d'urgence	31
2.1.4.	Les changements d'équipes.....	31
2.2.	Stratégie d'amélioration	32
2.2.1.	Sensibiliser au moment du recrutement	32
2.2.2.	Engagement des praticiens.....	32
2.2.3.	Travailler en réseau	32
Bibliographie	.....	35
annexe 1	.....	40
Annexe 2	.....	41
Annexe 3	.....	42
Annexe 4	.....	47
TABLE DES MATIERES	.....	50