

**Mémoire pour l'obtention du diplôme universitaire  
Infirmier en Hygiène**

**Session 2017-2019**

**VISITE DE RISQUE EN MATERNITE :  
Evaluer le risque infectieux autrement**



**Risk visit to the maternity ward : evaluate the risk of infection otherwise**

**Présenté par : Nathalie OBERGER**

**Directeur de mémoire : Dr CHAPUIS**

# Remerciements

Au Docteur CHAPUIS, le maître de mémoire qu'il me fallait. Merci pour votre enseignement, vos compétences, vos conseils clairs et synthétiques et votre gentillesse.

Au service d'hygiène de l'Hôpital de la Croix Rousse qui m'a accueilli pour mon stage de fin d'étude.

A mes collègues et amis qui m'ont soutenue et supportée lors de ces études.

A tous ceux que j'aime.

A mes enfants : Maddy, Timéo et Rémy.

A tous ceux qui compte pour moi.

Merci encore de tout cœur.

# GLOSSAIRE

**AES** : Accident d'Exposition au Sang.

**A.P.** : Auxiliaire Puéricultrice.

**AURORE** : Association des Utilisateurs du Réseau Obstétrico-pédiatrique REgional.

**BMR** : Bactérie Multi-Résistante.

**CDU** : Commission Des Usagers.

**CLIN** : Comité de Lutte Contre les Infections Nosocomiales.

**CLUD** : Comité de Lutte Contre la Douleur.

**CME** : Commission Médicale d'Etablissement.

**COMEDIMS** : Comité des Médicaments et des Dispositifs Médicaux.

**COPT** : Conteneur Pour Objet Perforant.

**CPIAS ARA** : Le Centre de Prévention des Infections Associées aux Soins Auvergne-Rhône-Alpes.

**CSSCT** : Commission Santé Sécurité et Conditions de Travail.

**CVO** : Clinique du Val d'Ouest.

**DAOM** : Déchets non dangereux, Assimilables à des Ordures Ménagères.

**DASRI** : Déchet d'Activités de Soins à Risques Infectieux.

**DM** : Dispositif Médical.

**DMNS** : Dispositif Médical Non Stérile.

**DMS** : Dispositif Médical Stérile.

**DRH** : Directeur des Relations Humaines.

**EI** : Evènement indésirable.

**EOH**: Equipe Opérationnelle d'Hygiène.

**EPI** : Equipement de Protection Individuelle.

**EPP** : Evaluation des Pratiques Professionnelles.

**ETP** : Equivalent Temps Plein.

**HAS** : Haute Autorité de Santé.

**HDM** : Hygiène Des Mains.

**ICSHA3** : Indice Composite de consommation des Solutions Hydro-Alcooliques.

**IDE** : Infirmière Diplômée d'Etat.

**IN** : Infections Nosocomiales.

**INSERM** : Institut Nationale de la Santé et de la Recherche Médicale.

**IPDE** : Infirmière Puéricultrice Diplômée d'Etat.

**ISO** : Infection du Site Opératoire.

**MCJ** : Maladie de Creutzfeldt-Jakob.

**MCO** : Médecine-Chirurgie- Obstétrique.

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé.

**PAQSS** : Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins.

**PCA** : Analgésie Contrôlée par le Patient (en anglais PCA pour "Patient Controlled Analgesia").

**PCH** : Précautions Complémentaires d'Hygiène.

**PCMP**: Prise en Charge Médicamenteuse du Patient.

**PHA** : Produit Hydro Alcoolique.

**PS** : Précautions Standard.

**SE** : Sondage Evacuateur.

**S.F.** : Sage-Femme.

**SF2H** : Société Française d'Hygiène Hospitalière.

**SHA** : Solution Hydro Alcoolique

**Stepto. A** : Streptococcus pyogènes ou streptocoque du groupe A.

**TV** : Toucher Vaginal.

**TVMR** : Toucher Vaginal à Membranes Rompues.

**VDR** : Visite De Risque.

**VVP** : Voie Veineuse Périphérique.

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	<b>4</b>
<b>PARTIE I : Contexte et Epidémiologie</b>	<b>5</b>
<b>I. Présentation de la clinique</b>	<b>5</b>
1.1. Indicateurs d'activité	5
1.2. Organisation interne	6
1.3. Prévention du risque infectieux	6
<b>II. Le risque infectieux en maternité</b>	<b>8</b>
2.1. Introduction	8
2.2. Epidémiologie en service de maternité	8
2.3. Les facteurs de risque	10
<b>PARTIE II : VISITE DE RISQUE</b>	<b>12</b>
<b>I. Contexte</b>	<b>12</b>
<b>II. Objectif</b>	<b>13</b>
2.1. Objectif principal	13
2.2. Objectifs secondaires	13
<b>III. Matériel et méthode de l'étude</b>	<b>13</b>
3.1. Choix de la méthode	13
3.2. Référentiels	13
3.3. Critères d'inclusion et d'exclusion	14
3.4. Modalités de recueil de données	14
<b>IV. Organisation générale (période, durée)</b>	<b>16</b>
4.1. Calendrier	16
4.2. Information sur la visite de risque	17
4.3. Taille d'échantillonnage	18
<b>V. Plan d'analyse des résultats</b>	<b>18</b>
5.1. Analyse des données	18
5.2. Résultats attendus	19
5.3. Restitution des résultats	19
<b>VI. Résultats</b>	<b>20</b>
6.1. Effectifs	20
6.2. Organisation générale des services	21
6.3. Gestion du risque infectieux	23

6.4.	Précautions standard	24
6.5.	Précautions complémentaires d'hygiène	35
6.6.	Gestion de la salle nature	35
6.7.	Entretien et stockage du Dispositif Médical Non Stérile (DMNS) et stérile (DMS)	35
6.8.	Bio nettoyage	38
6.9.	Gestion des risques lié à l'eau et l'air	39
6.10.	Hygiène alimentaire	39
6.11.	Techniques de soins	40
6.12.	Sécurité médicamenteuse	43
<b>PARTIE III : Analyse des résultats - Axes d'amélioration</b>		<b>44</b>
<b>I. Points forts</b>		<b>44</b>
1.1.	La méthode de la visite de risque	44
1.2.	L'enquêteur	44
1.3.	Organisation générale des services	45
1.4.	Précautions standard	46
1.5.	Hygiène alimentaire	47
1.6.	Technique de soins	47
1.7.	Entretien dispositifs médicaux	47
<b>II. Limites de l'étude</b>		<b>47</b>
2.1.	Problématique organisationnelle	48
2.2.	Des difficultés liées à la méthode d'audit utilisée	48
2.3.	Le professionnel observé	48
2.4.	Les freins à l'application des recommandations	49
2.5.	La maternité : une spécialisation	49
<b>III. Proposition de quelques axes d'amélioration</b>		<b>50</b>
3.1.	Sécurité médicamenteuse avec gestion des périmés et des médicaments	50
3.2.	Gestion du risque infectieux	50
3.3.	Gestion des DMS et DMNS	51
3.4.	Bionettoyage	52
3.5.	Les précautions standard	52
3.6.	Précautions complémentaires d'hygiène	55
3.7.	Hygiène alimentaire	56
3.8.	Techniques de soins	56

<b>IV. Planification des actions correctives</b>	<b>57</b>
4.1. Restitution des résultats	57
4.2. Calendrier	57
<b>CONCLUSION</b>	<b>60</b>
<b>TABLE DES ANNEXES</b>	<b>62</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>105</b>

# INTRODUCTION

En France, 750 000 patients contractent chaque année une infection nosocomiale et 4000 en décèdent. Avec plus de 757 000 accouchées sur le territoire français en 2017 et avec un taux de césariennes stable à 20 %, les services de maternité ne sont pas épargnés [1]. Les infections associées aux soins en maternité sont une réalité concernant à la fois les mères et les nouveaux nés.

La Clinique du Val d'Ouest a une activité obstétricale soutenue. Elle possède un service de maternité relativement important où se pratiquent de multiples gestes à haut risque et se croisent de nombreux intervenants. Ce service accueille chaque année plus de 3000 parturientes.

Des soins invasifs tels que pose de cathéter, toucher vaginal (TV), pose de sonde à demeure ou évacuateur, et des soins non invasifs tels que la toilette du nouveau-né, mise au sein, y sont pratiqués et susceptibles de favoriser une infection.

La recherche perpétuelle d'une amélioration de la qualité des soins proposés aux patients a entraîné le développement par la Haute Autorité de Santé (HAS) d'outils d'évaluation [2-3-4], tels que les visites de risque (VDR). Dans ce cadre, une action de l'établissement a été engagée par l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) début 2019 dont l'objectif commun est que l'accouchement et ses complications infectieuses éventuelles soient gérés de façon coordonnée en assurant la qualité et la sécurité des soins de la femme et de l'enfant.

La VDR [5-6] est l'un des outils de la démarche à priori de repérage et d'évaluation des risques par comparaison à un référentiel. Elle permet d'évaluer les pratiques et les organisations, de mesurer les écarts entre la pratique réelle observée et la pratique attendue ou recommandée, pour toutes les catégories professionnelles. L'objectif est de mettre en évidence les défaillances existantes par rapport:

- Aux moyens : locaux, documents diffusés dans notre base documentaire, matériel et équipements,
- Aux pratiques professionnelles.

Après une description rapide de l'établissement et un rappel sur les infections nosocomiales qui touchent le secteur de maternité, nous décrirons la VDR avec les résultats et les actions engagées par l'EOH.

# PARTIE I : Contexte et Epidémiologie

**« Au lieu de s’ingénier à tuer les microbes dans les plaies, ne serait-il pas plus raisonnable de ne pas en introduire ? »  
Pasteur (1822-1895)**

## I. Présentation de la clinique

La Clinique du Val d'Ouest est un établissement privé à but lucratif de courts séjours (Médecine, Chirurgie, Obstétrique – MCO) situé à l'ouest de LYON (Rhône), qui emploie au total 360 salariés.

Elle dispose d'un plateau technique<sup>1</sup> d'une surface de 1 100 m<sup>2</sup>, composé d'un bloc opératoire, d'un bloc obstétrical, d'un service de néonatalogie de 9 berceaux et d'un poste de réanimation pédiatrique. Pour garantir une sécurité optimale des patients, un anesthésiste et un obstétricien sont présents 24h/24h et des pédiatres et chirurgiens assurent une astreinte en fonction des spécialités.

Concernant l'hébergement, la clinique possède 238 lits et places.

### 1.1. Indicateurs d'activité

La clinique a une activité importante de chirurgie et notamment obstétricale.

Le tableau I, nous indique une activité stable du service de maternité en comparaison des années 2018 et 2017.

	<b>2018</b>	<b>2017</b>
Nombre d'accouchement	2633	2701
Nombre de bébé	2674	2759
Nombre de déclenchement	21,57%	25%
Nombre de césarienne	15,79%	13,5%
Taux d'épisiotomie	7,19%	10%
Taux d'extraction instrumentale	16,59%	14,84%

***Tableau I : Indicateur d'activité obstétrique de la Clinique du Val d'Ouest (CVO)***

<sup>1</sup> Plateau technique : Ensemble des installations, appareils et dispositifs médicaux nécessaires pour établir un diagnostic et traiter les malades.

## 1.2. Organisation interne

La maternité de la Clinique du Val d'Ouest est de niveau 2<sup>2</sup>.

Le fonctionnement de la salle de naissance est régi par une politique et une charte du bloc obstétrical. L'organisation du secteur prévoit, en conformité avec la réglementation, le nombre suffisant de sages-femmes et d'auxiliaires de puériculture (A.P.). [7-8]

Pour le service de suite de couches, l'équipe de sage-femme [9] et d'A.P. assure un suivi journalier des patientes et des nouveau-nés. Les horaires de travail sont répartis en plages de 12 heures.

## 1.3. Prévention du risque infectieux [10]

La gestion du risque infectieux fait partie des priorités de l'établissement. Lors de la visite de certification de 2015, l'analyse des pratiques a permis de pointer du doigt les points forts et les points faibles de l'établissement (Cf. Schéma I : Positionnement de l'établissement sur les pratiques exigibles prioritaires en 2011). La clinique s'est engagée dans une Politique d'Amélioration Continue de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS).

En 2017, la Clinique du Val d'Ouest a été certifiée B par la HAS<sup>3</sup>.

Un travail a été mené sur la politique et l'organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles conduit par les instances internes, composées par l'ensemble des professionnels : Commission Médicale d'Etablissement (CME), Comité de Lutte Contre la Douleur (CLUD), le Comité des Médicaments et des Dispositifs Médicaux (COMEDIMS), Commission Des Usagers (CDU), Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) et notamment par rapport à la gestion des risques dont la « maîtrise du risque infectieux ».

**La cartographie des risques<sup>4</sup>** est définie pour le service et revue régulièrement, en fonction des actions menées et des évènements indésirables déclarés.

**Le Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)** est en place depuis 1996 à la clinique du Val d'Ouest. Il s'appuie sur **une EOH**, composée d'un médecin hygiéniste, externe à l'établissement, d'un pharmacien hygiéniste, et d'une infirmière diplômée d'état hygiéniste,

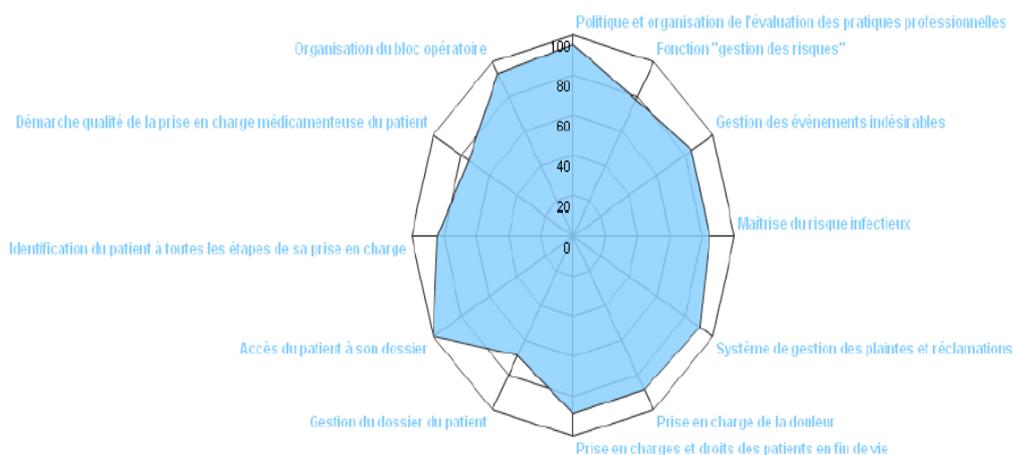
---

<sup>2</sup> Les maternités sont classées selon leur degré de technicité. Type 1 : Maternités, Type 2 : Maternité avec service de néonatalogie, Type 3 : Maternité avec service de réanimation néonatale.

<sup>3</sup> Mise en œuvre par la HAS, la certification est un dispositif d'évaluation externe obligatoire pour tout établissement de santé. Effectuée tous les 4 à 6 ans par des professionnels mandatés par la HAS, son objectif est de porter une appréciation indépendante de la qualité des soins des hôpitaux et cliniques en France.

<sup>4</sup> Démarche d'identification, d'évaluation, de hiérarchisation et de gestion des risques inhérents aux activités d'une organisation...

personnels internes. Elle est aidée par **une équipe de correspondants « hygiène »** définis et identifiés dans tous les services. [11-12]



***Schéma I : Positionnement de l'établissement sur les pratiques exigibles prioritaires en 2011***

Un **dispositif d'alerte et de signalement** pour détecter les événements infectieux inhabituels et/ou graves ainsi que la **surveillance des Infections Nosocomiales (IN)** sont organisés et coordonnés par l'équipe EOH et le CLIN. [13-14]

Un **groupe AIR/EAU** existe sur la clinique pour suivre le carnet sanitaire, coordonner les prélèvements, les actions correctives, ... Il est constitué des responsables de la maintenance, de la pharmacie, de la qualité, des achats, du biomédical, de l'IDE hygiéniste.

**Des indicateurs** sont évalués annuellement par la HAS afin de mesurer et piloter la gestion du risque infectieux. Les résultats sont affichés au rez-de-chaussée et disponibles sur le site documentaire de la clinique (SIQWEB). Tout usager peut également les trouver dans la fiche d'identité de la clinique sur le site [www.scopesanté.fr](http://www.scopesanté.fr). (Cf. Tableau II : Résultats des indicateurs dans scope santé)

LUTTE CONTRE LES INFECTIONS LIÉES AUX SOINS		
Prévention des infections nosocomiales (ICALIN.2)		A 94.00/100
Hygiène des mains		C 53.20/100
Bon usage des antibiotiques (ICATB.2)		A 92.00/100

***Tableau II : Résultats des indicateurs dans scope santé***

## II. Le risque infectieux en maternité [15]

### 2.1. Introduction

Le risque peut se définir comme une situation non souhaitée ayant des conséquences négatives résultant de la survenue d'un ou plusieurs événements dont l'occurrence est incertaine.

### 2.2. Epidémiologie en service de maternité

Le rapport annuel du réseau de surveillance des infections nosocomiales en maternité (Mater 2017), conduite par le centre de prévention des infections associées aux soins Auvergne-Rhône-Alpes (CPIas ARA), décrit les conditions d'accouchement en positionnant les maternités par rapport aux autres maternités du réseau. Il permet de cibler les actions correctives à mener. [16-17-18]

Sur les 52 maternités surveillées sur un quadrimestre en 2017 portant sur 31495 accouchements, 0,81% (200/24 830) des patientes accouchant par voie basse ont développé au moins une des infections nosocomiales surveillées (Cf. Tableau III), 0,24% (70/29 646) des bébés surveillés ont développé au moins une des infections nosocomiales surveillées. Cette surveillance n'a pas été reconduite par le CPIAS ARA en 2018.

Sites	Effectifs*	Fréquence relative (%) N=24 830
Infection urinaire	123	0,50
Endométrite	38	0,15
Infection du sein	23	0,09
Infection du site opératoire (épisiotomie)	14	0,05
dont infection superficielle	12	0,05
infection profonde	1	0,004
infection de type inconnu	1	0,004
Bactériémie	12	0,05
Infection locale sur cathéter	4	0,02
<b>Total</b>	<b>214</b>	<b>0,86</b>

\*Une même patiente peut présenter plusieurs sites infectés

**Tableau III : Taux des infections chez les accouchées par voie basse**

#### 2.2.1. Principales infections nosocomiales en maternité

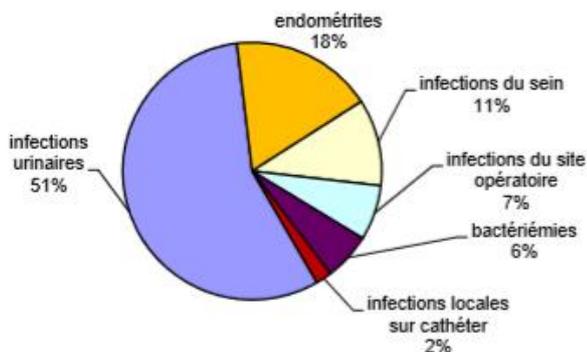
On retrouve toutes les localisations d'infection nosocomiales, et les plus fréquentes en maternité sont (Cf. Schéma II) :

- ✓ Les infections urinaires : Elles concernent 0,50% (123/24830) des accouchées par voie basse.

- ✓ Les endométrites<sup>5</sup> : Après un accouchement par voie basse, le taux est de 0,15% (38/24830).

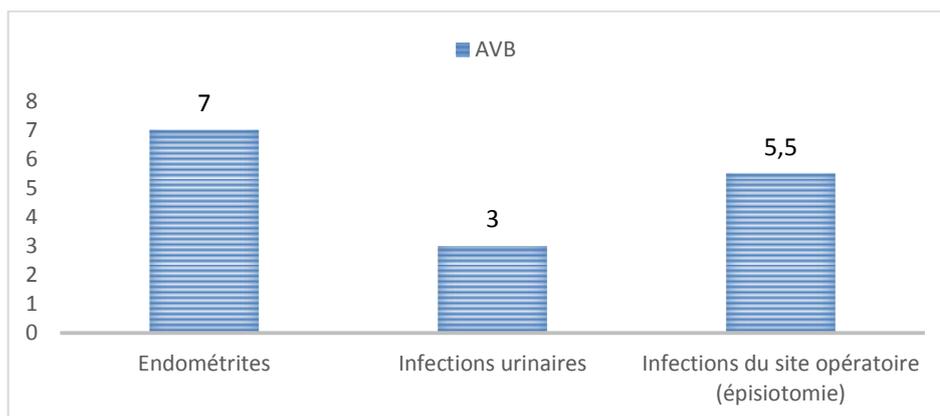
L'endométrite du post-partum est fréquente et représente la cinquième cause de décès maternel. Cette pathologie est évitable et les traitements efficaces. Le streptocoque B est le principal pathogène incriminé. [19-20]

- ✓ Les infections du sein : Elles représentent 0,15 % des infections (23/24 830).



***Schéma II : Répartition chez les accouchées par voie basse des infections nosocomiales (surveillances du 1/1/2017 au 31/12/2017)***

Le délai d'apparition des infections nosocomiales varie en fonction de la localisation de l'infection (Cf. Schéma III).



***Schéma III : Délai d'apparition des IN pour les AVB en jours***

<sup>5</sup> Inflammation de l'endomètre

## **2.3. Les facteurs de risque**

Le réseau mater du sud-est de la France [21] décrit l'évolution de 1997 à 2000 des taux d'infections nosocomiales en fonction des données obstétricales et des facteurs de risque connus. Il met en évidence une diminution importante des infections acquises dans les maternités, témoin d'une amélioration de la qualité des soins et la nécessité de connaître les infections les plus fréquentes et les facteurs de risque pour pouvoir les prévenir.

### **2.3.1. Les facteurs favorisant les infections chez les accouchées par voie basse**

Les bactéries normalement présentes dans le vagin peuvent provoquer une infection après l'accouchement, favorisée par certaines situations :

- La réalisation de « plus de 5 touchers vaginaux après ouverture de l'œuf » augmente de manière significative passant de 29,6 à 32% pour le risque d'endométrite.
- Le recours à des manœuvres instrumentales : une ventouse obstétricale ou de forceps lors des accouchements par voie basse augmente de manière non significative l'incidence des infections du post-partum.
- La rupture prématurée des membranes : le liquide amniotique est contaminé par des germes d'origine vaginale. Le risque augmente avec la durée du travail (25 % de culture positive à 6 heures de rupture, 50 % après 20 heures). [22]
- Le facteur majeur reste le sondage vésical à demeure, le sondage évacuateur (SE) présentant un risque plus faible. L'existence de pathologies rénales maternelles, d'un diabète ou d'infection urinaire pendant la grossesse sont des facteurs favorisants.

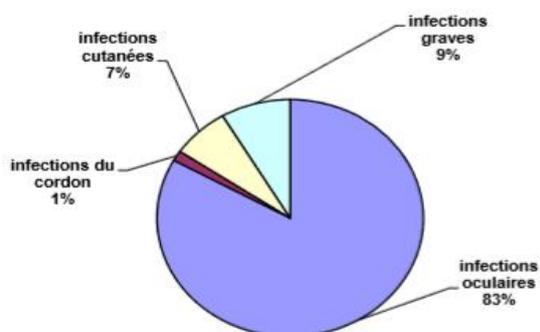
Les professionnels peuvent être les réservoirs ou transmetteurs des bactéries. Les bactéries se transmettent par le défaut d'application des règles d'hygiène et d'asepsie (manque de formation, problème de matériel, conception architecturale des services, ...).

Il faut tenir compte des facteurs de risque individualisés : multiparité, âge élevé, bas niveau socio-économique.

### 2.3.2. Infections du nouveau-né

Ces infections peuvent être oculaires, cutanées ou des infections du cordon (Cf. Schéma IV).

Le taux de bébés infectés est de 0,24 % (70/29 646).



***Schéma IV : Répartition des types d'IN surveillées chez les bébés***  
*(Surveillance du 1/1/2017 au 31/12/2017)*

# PARTIE II : VISITE DE RISQUE

## EVALUER LE RISQUE INFECTIEUX AUTREMENT

### I. Contexte

Le choix de cette thématique fait suite à des discussions avec le personnel et à l'observation de pratiques professionnelles lors des visites ou audits dans l'établissement :

- L'indicateur faible de consommation de produit hydro alcoolique (PHA) dans ce service (Cf. Annexe 11). La mise à disposition du matériel est-elle suffisante ?
- Non observance des bonnes pratiques dans la gestion des excréta. Les professionnels peuvent-ils faire des soins de qualité avec les locaux et matériels présents ? Connaissent-ils les risques encourus pour les patients lors d'un mésusage du matériel ?
- Parfois absence de mise en place des précautions complémentaires d'hygiène (PCH);
- Absence d'équipement de protection individuelle (EPI) lors d'un accouchement (lunettes, tablier), masque porté en bandoulière....

Par ailleurs, lors de la visite de certification en 2015, les experts-visiteurs ont émis des recommandations sur les locaux du service de maternité : *« L'organisation des locaux ne permet pas de respecter dans tous les cas les bonnes pratiques. Les chariots de ménage ne sont pas entreposés dans les locaux dédiés et sont laissés dans les couloirs à côté de berceaux vides par manque de place de rangement... »*.

La cartographie des risques, en salle de naissance, a retenu une criticité à 8 et une criticité résiduelle à 32 d'après le diagramme de Farmer<sup>6</sup> (criticité initiale x niveau de maîtrise) en ce qui concerne le risque infectieux. Un risque modéré, où il est nécessaire d'organiser un suivi en terme de gestion des risques et des mesures de prévention.

Enfin, elle répond aux axes d'amélioration du programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias) notamment l'axe 3 : formation des professionnels en hygiène à l'utilisation et à la diffusion des outils de gestion des risques associés aux soins. [23]

---

<sup>6</sup> Diagramme de Farmer : Outil de hiérarchisation des risques

Il a été jugé pertinent de faire un état des lieux du service de maternité. La visite de risque est conduite par l'EOH de la clinique du val d'ouest et est inscrite dans le plan d'action annuel du CLIN.

## **II. Objectif**

### **2.1. Objectif principal**

L'objectif principal est d'évaluer les niveaux de conformité des pratiques de prise en charge des patients, par rapport aux référentiels existants. Il est aussi de proposer des actions d'amélioration après avoir identifié les causes de non application des recommandations de bonnes pratiques.

### **2.2. Objectifs secondaires**

A cet objectif principal s'ajoutent des objectifs secondaires :

- Recenser les freins liés à l'application des recommandations, par les sages-femmes, les gynécologues-obstétriciens, les anesthésistes et les A.P.
- Encourager une dynamique d'amélioration des pratiques à l'échelon de l'établissement.

## **III. Matériel et méthode de l'étude [24-25-26-27]**

### **3.1. Choix de la méthode**

La VDR est une méthode d'analyse à priori du risque. Cette méthode combine plusieurs outils d'évaluation des risques : les ressources documentaires, les entretiens et observations des locaux ainsi que les évaluations des pratiques professionnelles.

### **3.2. Référentiels (Cf. Annexe 17)**

Les outils de cette étude ont été élaborés à partir des référentiels :

- ✓ Du Réseau Aurore (Cf. Annexe 2)<sup>7</sup> (disponibles sur la base documentaire de la clinique),
- ✓ Société française d'hygiène hospitalière (SF2H),
- ✓ Du CPIAS (Cf. Annexes 13 et 14).

---

<sup>7</sup> Le Réseau AURORE (Association des Utilisateurs du Réseau Obstétrico-pédiatrique REgional) regroupe un ensemble d'établissements publics et privés en AUVERGNE-RHONE-ALPES.

### **3.3. Critères d'inclusion et d'exclusion**

#### **3.3.1. Population incluse**

- ✓ Services concernés : service de la salle de naissance et service de suite de couches de la Clinique du Val d'Ouest.
- ✓ Professionnels concernés : l'ensemble du personnel médical et paramédical présent en salle d'accouchement auprès de la parturiente et dans le service de suite de couches : médecins anesthésiste réanimateur, obstétriciens, sages-femmes, cadre de santé, infirmiers et infirmiers spécialisés, A.P.
- ✓ Les parents en suite de couches au court de l'observation des pratiques lors de la toilette du nouveau-né.
- ✓ Personnel du bio nettoyage lors de la visite des locaux.

#### **3.3.2. Situations incluses**

Pour cette étude, nous avons retenus 3 types d'actes à risque infectieuse :

- TV en secteur de salle d'accouchement,
- SE en secteur de salle d'accouchement,
- Toilette du nouveau-né en secteur de suite de couche.

#### **3.3.3. Critères d'exclusion**

Sont exclus :

- Les stagiaires,
- Les professionnels intérimaires,
- Les patientes ayant eu une césarienne.

### **3.4. Modalités de recueil de données**

Les méthodes de mesure retenues sont :

- Pratiques déclarées par auto-questionnaire et interviews auprès des professionnels de santé,
- Ressources documentaires,
- Observations directes de l'organisation des locaux et des pratiques professionnelles.

Certains critères sont communs à toutes les catégories professionnelles et d'autres spécifiques.

Toutes les grilles ont été élaborées en fonction de référentiels existants et testées au moins une fois, ce qui a permis d'apporter des modifications aux questionnaires pour qu'ils soient plus compréhensibles et pertinents. Si des modifications ou des réactualisations sont prévues, elles ne doivent pas être faites avant l'audit, mais après l'audit.

### **3.4.1. Recueil des pratiques déclarées par auto-questionnaire et par interview**

Les grilles (Cf. Annexe 5 et 6) ont été élaborées par l'EOH avec des critères classés en différents thèmes :

- Organisation de la prévention des infections associées aux soins,
- Précautions standard (PS),
- PCH,
- Soins techniques,
- Entretien des dispositifs médicaux (DM) et bio nettoyage,
- Gestion des excréta.

Les critères d'évaluation sont complétés pour chaque professionnel.

L'objectif est d'apprécier les pratiques déclarées de chacun.

Les pratiques déclarées par auto-questionnaires sont recueillies en amont et pour les interviews par un auditeur. Une case est prévue pour des commentaires faits par les professionnels lors des interviews.

### **3.4.2. Recueil des données documentaires (Cf. Annexe 8)**

Le recueil est prospectif. Il se fait par consultation de la base documentaire de l'établissement. Une grille a été réalisée afin de recenser l'ensemble des documents et protocoles (institutionnels ou spécifiques à l'unité) concernant la prévention et gestion du risque infectieux dans le service de maternité (salle d'accouchement et suite de couches). Elle permet d'évaluer également si les professionnels bénéficient de toutes les ressources documentaires nécessaires à jour. Les critères de cette grille sont :

- Fiche de poste et /ou descriptifs de tâches des personnels,
- Protocoles de soins (prévention ou gestion du risque infectieux).

### **3.4.3. Recueil des données par observation (Cf. Annexe 9)**

**L'évaluation des pratiques professionnelles** est réalisée par observations directes, dans les salles d'accouchement pour 2 actes réalisés par des sages-femmes et dans le service de suite de couches pour 1 acte réalisé par des A.P.

Les données nécessaires sont recueillies grâce à une grille d'observation de façon prospective. Un guide de l'enquêteur mentionnant les instructions pour les modalités de recueil de données est présenté en annexe 4. Les critères d'évaluation sont complétés pour chaque professionnel. Une case est prévue pour annoter des commentaires sur des remarques faites par les professionnels observés ou des informations importantes pour l'enquêteur.

**L'observation des locaux** est réalisée à l'aide d'une grille contenant plusieurs critères portant sur les thématiques suivantes :

- Organisation de la prévention du risque infectieux associé aux soins,
- PS,
- PCH,
- Gestion des flacons de produits antiseptiques,
- Entretien des DM,
- Bio nettoyage,
- Gestion des excréta, du linge, des déchets,
- Maitrise du risque lié à l'eau,
- Maitrise du risque infectieux lié à l'alimentation.

## **IV. Organisation générale (période, durée)**

### **4.1. Calendrier (Cf. Annexe 3)**

La visite de risque s'est déroulée les 16 et 18 avril 2019.

La visite des locaux s'est déroulée le 16 avril 2019 par deux personnes de l'EOH de façon directe.

Les interviews ont été réalisées par l'IDE hygiéniste. Un rendez-vous a été organisé en amont par mail et une liste des horaires a été établie (Cf. Annexe 7). Le remplissage d'une fiche par professionnel interrogé a été effectué et l'estimation du temps nécessaire pour l'entretien par professionnel était de 20 minutes.

Les auto-questionnaires ont été distribués par la surveillante avec une date de retour fixée à un mois avant la visite de risque.

Les observations de pratiques ciblées sont réalisées au fil de l'eau sur la période d'avril à mai 2019 par l'IDE hygiéniste.

L'EOH propose un calendrier pour l'organisation générale de la visite de risque :

	Janvier 2019	Janvier/Février 2019	Avril/Mai 2019	Mai/Juin 2019	Septembre/Novembre 2019
Choix du thème	X				
Choix de la méthode	X				
Elaboration des grilles		X			
Test en interne des grilles		X			
Information de VDR			X		
VDR			X		
Analyse				X	
Restitution des résultats				X	
Proposition de mesures correctives					X
Validation mesures correctives					X
Mise en place de mesures correctives					X

#### 4.2. Information sur la visite de risque

Après la validation de la méthodologie, une information aux professionnels a été faite et un courrier présentant la visite de risque envoyé à la cadre de santé du service et à la direction. L'EOH a insisté sur la nécessité, pour chacun des audités, de participer et de s'exprimer sur les contraintes qu'ils observent quotidiennement dans leurs pratiques.

Le consentement oral de la parturiente à la présence de l'observateur a été demandé. Une information écrite a été fournie aux parturientes par les équipes de salle d'accouchement (Cf. Annexe 10). L'observateur n'est pas intervenu dans la prise en charge des patientes et n'a participé à aucun soin.

### **4.3. Taille d'échantillonnage**

#### **4.3.1. Pratiques déclarées**

Pour les interviews, au moins une personne par catégorie professionnelle est interrogée dans chaque service sur les deux jours de la visite de risque.

Pour les auto-questionnaires, l'objectif est 80% des questionnaires recueillis pour chaque catégorie professionnelle.

#### **4.3.2. Observations de pratiques professionnelles**

Pour les observations de pratiques professionnelles, l'objectif attendu est 1/3 des professionnels observés pendant au moins un acte.

En ce qui concerne :

- La toilette du nouveau-né dans le service de suite de couches, soit un minimum de 7 A.P observées et un maximum de 3 observations par professionnel,
- Pour les pratiques observées en salle d'accouchement soit un minimum de 6 sages-femmes et un maximum de 2 observations par professionnel.

## **V. Plan d'analyse des résultats**

### **5.1. Analyse des données**

Une fois le recueil des fiches terminé, les données ont été saisies dans un tableur Excel pour analyse.

L'analyse des résultats est groupée par thématique et non par audit. Les 8 thématiques d'observation sont :

- L'organisation générale des services,
- La gestion du risque infectieux,
- Les PS,
- PCH,
- Les techniques de soins,
- La gestion de l'environnement,
- L'office alimentaire,
- La sécurité médicamenteuse.

Les données chiffrées sont calculées par catégories professionnelles, par thématiques et par critères évalués.

## **5.2. Résultats attendus**

### **5.2.1. Interview et auto-questionnaire**

Pour les interviews, le taux de conformité est exprimé en fonction du nombre de personnes interrogées. Pour chaque critère des grilles d'interview, une conformité attendue est précisée dans le guide de l'enquêteur (Cf. Annexe 4). Pour les auto-questionnaires, « Souvent et toujours » sont les résultats conformes.

### **5.2.2. Données documentaires**

Pour chaque item, il a été précisé s'il existe un document et sa date de validation. L'accessibilité des documents sera vérifiée.

Lors des interviews, l'accessibilité et la consultation de SIQWEB par les professionnels est vérifiée.

### **5.2.3. Evaluation et observations**

Pour chaque critère des grilles d'observation, une conformité attendue est précisée dans le guide de l'enquêteur.

Pour les pratiques professionnelles, l'objectif attendu est 1/3 des professionnels observés pendant au moins un acte.

## **5.3. Restitution des résultats**

Une restitution des résultats est organisée avec l'équipe à distance de la visite de risque pour mettre en évidence les points forts et les axes d'amélioration dans les mois qui suivent la visite de risque.

Les résultats seront transmis au service qualité et présentés au CLIN et à la CME en septembre 2019.

Un rapport détaillé sera transmis au cadre de santé du service de maternité en Juin 2019.

Un plan d'actions est établi avec l'équipe et fera l'objet d'un suivi. Celui-ci sera intégré au PAQSS de l'établissement.

## VI. Résultats

### 6.1. Effectifs

Au total, **74 auto-questionnaires** ont été remis aux professionnels et 64 ont été remplis ce qui représente un pourcentage de réponse de 86,5%.

Personnel	Nombre de réponse	Nombre total de professionnels	Taux de réponse
Anesthésiste	15	17	88,24%
Obstétricien	11	11	100%
S.F	19	24	79,17%
A.P	18	21	85,71%

*Tableau IV : Effectifs pour les résultats des auto-questionnaires*

Aucun questionnaire n'a pu être renseigné pour la catégorie IDE (2 personnes) car une Infirmière Puéricultrice Diplômée d'Etat (IPDE) est en arrêt maladie pendant cette période et l'autre infirmière en vacances.

Sur les 2 jours de visite de risque, **22 professionnels ont été interviewés** :

- 8 A.P dont 2 en salle d'accouchement,
- 1 Pédiatre,
- 2 Obstétriciens,
- 2 Anesthésistes,
- 8 Sages-femmes dont 4 en salle d'accouchement,
- 1 Cadre de santé.

Ce qui représente 8 professionnels paramédicaux et 14 professionnels médicaux.

✓ Nombres sur **les audits par observation** pour les AP en jaune et les sages-femmes en bleu.

EPP	Nombre total de professionnels dans le service	Nombre de personnel observé différentes	Nombre d'observation
Toilette du nouveau-né	21	15	27
TV	18	12	17
Sondage urinaire	18	14	14

*Tableau V : Résultats des évaluations professionnelles*

## **6.2. Organisation générale des services**

Le pilotage du service de maternité et de la salle de naissance est assuré par une cadre de santé S.F, dont les missions sont définies dans une fiche de poste. [28-29]

Des correspondants en hygiène sont nommés pour un an (une S.F et une A.P en salle d'accouchement et une S.F et deux A.P en suite de couches). Les correspondants bénéficient d'une fiche de mission.

Le correspondant n'est pas toujours identifié par les membres du service lors des interviews.

Parmi les personnes interrogées en interviews sur la composition de l'EOH, 5 sur 22 citent l'ensemble des membres de l'EOH. Le nom de l'IDE de l'EOH est cité 21 fois sur les 22 personnes interviewées.

Un plan de formation, spécifique au secteur de naissance, est mis en place annuellement et communiqué auprès des professionnels via le cadre de santé. La formation continue du personnel est prévue par des formations extérieures, en lien avec le réseau AURORE par exemple ou par le plan de formation interne.

### **6.2.1. Le service de suite de couches**

Situé au 3ème étage de la clinique, il se compose de 57 lits d'hospitalisation dont 33 en chambre individuelle, de trois pouponnières, de deux salles repas pour les patientes, de trois salles de soins, d'un bureau pour la cadre de santé, un bureau de pédiatre, deux vestiaires pour le personnel. Le service est composé de 3 secteurs qui seront identifiés Mat 1, Mat 2, Mat 3 (Cf. Annexe 1 : plan de la clinique).

### **6.2.2. Le bloc obstétrical de la Clinique du Val d'Ouest**

Situé au 2ème étage, à côté du bloc opératoire, il comporte cinq salles d'accouchement et trois salles de pré-travail équipées. Il contient également une salle de soins immédiats aux nouveau-nés, le bureau des sages-femmes, un vestiaire pour les accompagnants, un vestiaire pour les personnels et un pour les obstétriciens, des locaux de stockage. Chaque poste dispose d'une surveillance monitorée de la mère et du bébé, centralisée dans le bureau des sages-femmes. La salle d'intervention pour les urgences obstétricales se trouve au même niveau, avec une salle dédiée et disponible à tout moment.

### **6.2.3. Circuit des professionnels et des parturientes**

**L'accès** au secteur de salle d'accouchement se fait via un sas. Cet accès permet aux parturientes, accompagnées ou non, d'entrer dans le secteur des accouchements. Les personnes peuvent s'identifier en sonnant pour rentrer dans le secteur, toutefois l'accès n'est pas sécurisé et l'on peut rentrer directement sans autorisation. Il sert également d'accès aux professionnels. Il existe 2 accès vers le bloc opératoire. Des ascenseurs donnent directement sur le secteur et desservent tous les étages dont le

service de suite de couches. Enfin, il existe un accès de type sortie de secours qui n'est pas sécurisé de l'extérieur et qui est ouvert le jour de la visite.

**Le sas d'entrée** comprend un guéridon sur lequel sont posées des surblouses pour les pères et les visiteurs. Ce sas donne sur le local de stockage du chariot de ménage.

**Le vestiaire** des obstétriciens situé dans la continuité de la réserve de salle d'accouchement, comprend du stock de consommable type essuie-mains et des sacs à déchets ainsi qu'une réserve de tenues. Les vestiaires des autres professionnels se trouvent à l'extérieur des services.

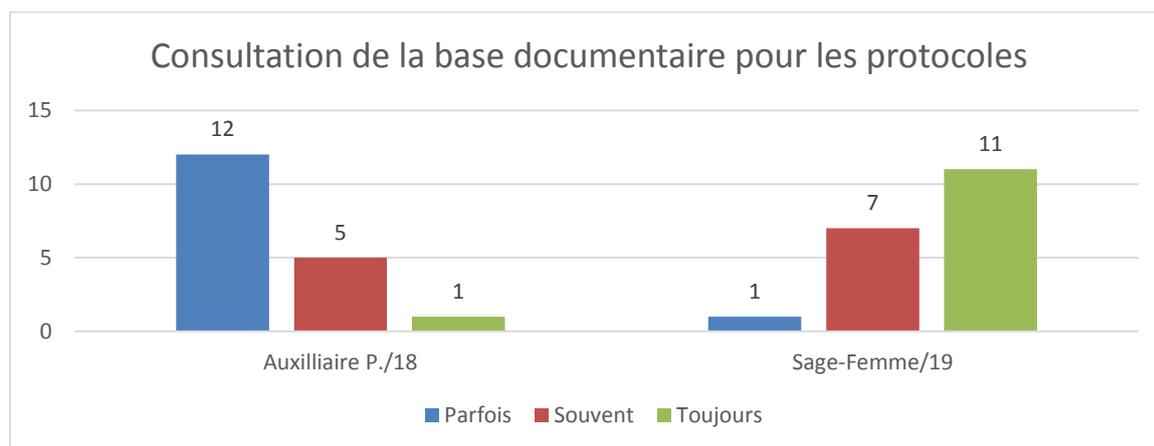
#### 6.2.4. Gestion documentaire

De nombreux protocoles internes sont formalisés et accessibles par la base documentaire appelée SIQWEB. Suite à l'observation directe de cette base, les protocoles recherchés sont tous à jour (validation de moins de 5 ans).

Les documents accessibles sont des procédures, des protocoles. Ceux-ci ont intégré les différentes recommandations.

La clinique fait partie du réseau Aurore dont l'objectif est de permettre un travail en réseau des établissements de santé d'une même zone géographique afin d'assurer une harmonie des protocoles. Ces protocoles sont sur les bases de données documentaires de la clinique.

Le Siqweb est connu par tous et accessible par 100% des personnes interrogées. Chaque bureau de soins est équipé d'un poste informatique. La base documentaire est consultée par les sages-femmes et les A.P (Cf. Schéma V).



***Schéma V : Résultats des auto-questionnaires pour les catégories sage-femme et A.P.***

### 6.3. Gestion du risque infectieux [30]

Dans un souci d'amélioration de la qualité du travail, un « staff » avec les obstétriciens et l'équipe soignante ainsi que psychologue et autres paramédicaux, est organisé une fois par semaine. Les évènements indésirables déclarés y compris infectieux survenus lors des hospitalisations sont présentés et discutés. Les différentes actions d'évaluation et de surveillance ne sont pas présentées en staff par un membre de l'EOH.

Une relève quotidienne est pilotée par la cadre de santé dans le service de suite de couches, afin de discuter de toutes les patientes hospitalisées et où est fait l'analyse des accouchements des vingt-quatre heures, des dossiers de femmes enceintes.

**L'enquête de prévalence** se fait chaque année par l'EOH sur les services d'hospitalisation et inclue le service de maternité.

L'établissement a participé jusqu'en 2017 au réseau mater sur un quadrimestre.

3/11 des obstétriciens signalent toujours chaque **infection du site opératoire** (ISO), 3/11 souvent et 4/11 parfois.

En interviews, les professionnels médicaux savent comment **signaler les IAS** [31-32-33] **ou évènements indésirables** [34] informatiquement et/ou trouver un interlocuteur pour le faire (la cadre de santé ou l'IDE hygiéniste). La cadre de santé fait le relai avec les équipes, les médecins et l'EOH. Lors de l'interview, elle connaît parfaitement les procédures.

9/14 des personnels médicaux pensent que toutes les IAS doivent être déclarées afin d'améliorer les pratiques, 6/8 pour les paramédicaux.

La gestion du système d'alerte est en place à partir du laboratoire. Concernant la positivité d'un prélèvement biologique au Streptocoque A par exemple, l'établissement est organisé pour la conduite à tenir et faire un signalement via e-sin<sup>8</sup>. [35]

La présence **d'un infectiologue**, référent en antibiothérapie est connue par les professionnels médicaux et ils font appel à lui si nécessaire.

---

<sup>8</sup> Outil e-SIN permet le signalement des infections associées aux soins réalisé par les établissements de santé exclusivement.

## **6.4. Précautions standard [36-37]**

### **6.4.1. Matériel**

Les distributeurs à solution hydro-alcoolique (SHA) viennent d'être changés. L'équipe a participé à leur implantation et déclare la bonne disponibilité et les emplacements opportuns de ceux-ci. Lors de la visite des locaux, on peut voir à l'entrée des services, un distributeur de SHA avec une affiche d'incitation à la réalisation d'une friction. Les distributeurs de SHA sont présents dans chaque salle de soins, les salles d'accouchement ainsi que dans les chambres.

Les SHA sont au plus près du soin avec des distributeurs de 300 ml également à disposition des professionnels.

Il existe des lavabos équipés avec du savon doux et des distributeurs d'essuie-mains dans les services notamment dans chaque salle d'accouchement. Lors de l'observation des locaux, le distributeur de savon est vide dans un local de ménage en salle d'accouchement. Il n'y a pas de SHA dans un local déchet au 3ème étage.

Le renouvellement des produits est fait par le personnel et le prestataire de ménage.

### **6.4.2. Pratiques d'hygiène des mains**

#### **6.4.2.1. Les prérequis**

Les opportunités de la friction à la SHA pour les soignants est dès qu'il s'approche du patient pour le toucher, immédiatement avant d'exécuter un geste aseptique, lorsqu'il quitte le patient après l'avoir touché, lorsqu'il quitte l'environnement du patient, après avoir touché des surfaces et objets - même sans avoir touché le patient<sup>9</sup>.

La durée totale de la friction n'est pas évaluée sur cet audit.

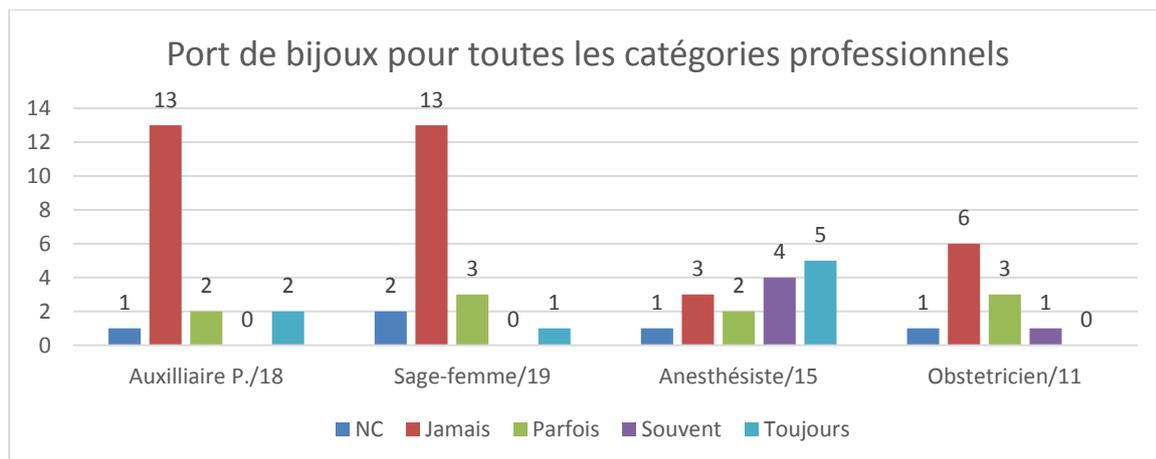
#### **❖ Pratiques déclarées**

Certaines catégories professionnelles déclarent porter toujours ou souvent un ou des bijoux notamment les anesthésistes (n : 5/15 toujours et 4/15 souvent). Les A.P 13/18 ainsi que les sages-femmes 13/19 déclarent jamais porter de bijou (Cf. Schéma VI).

Lors des interviews, les pratiques déclarées sur les prérequis sont connus par l'ensemble des professionnels.

---

<sup>9</sup> Les 5 indications de l'OMS pour l'hygiène des mains.



***Schéma VI : Résultats déclarations***

❖ **Observations**

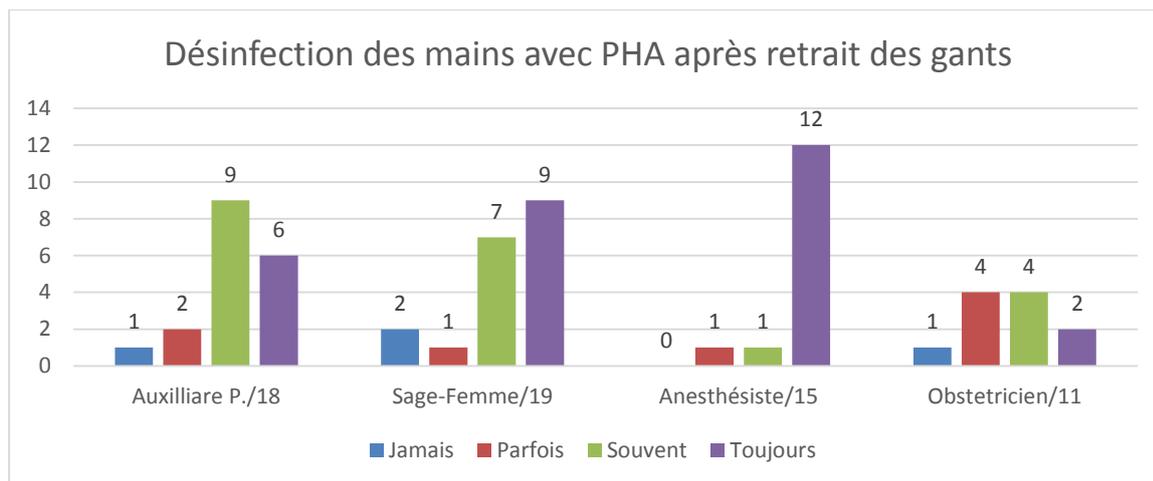
Lors des observations, on note de façon globale une bonne observance des prérequis. Un bijou a été observé sur deux professionnels (AP et S.F) sur les 41 observés ainsi que la présence de vernis pour une AP observée.

**6.4.2.2. Respect de l'opportunité de l'hygiène des mains**

Geste	S.F		A.P		Anesthésiste		Obstétricien	
	Souvent	Toujours	Souvent	Toujours	Souvent	Toujours	Souvent	Toujours
Entre chaque patiente au SHA	7	10	1	16				
Avant manipulation voie veineuse périphérique (VVP)	6	13			6	5		
Avant TV	3	15					0	10
Avant ouverture matériel stérile	5	11	4	11				
TOTAL PROFESSIONNEL INTERROGE	19		18		15		11	

***Tableau VI : Personnel interrogé par auto-questionnaire, déclare faire une hygiène des mains à la SHA***

Lors des pratiques déclarées, pour la question de la désinfection des mains après retrait des gants les résultats sont :



***Schéma VII : Résultats des auto-questionnaires pour la question sur l'hygiène des mains (HDM) pour les quatre catégories professionnelles***

L'hygiène des mains est faite 27/27 par les AP avant le soin, après le soin, en fin de décontamination de l'environnement lors des observations de pratiques de la toilette du nouveau-né.

A l'inverse, il n'a pas été observé d'HDM avant le soin du cordon par les professionnels, ni pour les parents. Aucun professionnel n'a conseillé l'HDM lors des observations (n : 27/27).

Lors de ces observations en salle de naissance, 17/17 sages-femmes réalisent une hygiène des mains par friction avec une SHA pour le toucher vaginal et 14/14 pour le SE ainsi qu'au changement de gants.

### 6.4.2.3. ISCHA 3

L'indicateur de consommation de SHA est connu par 11/22 des personnes interviewées.

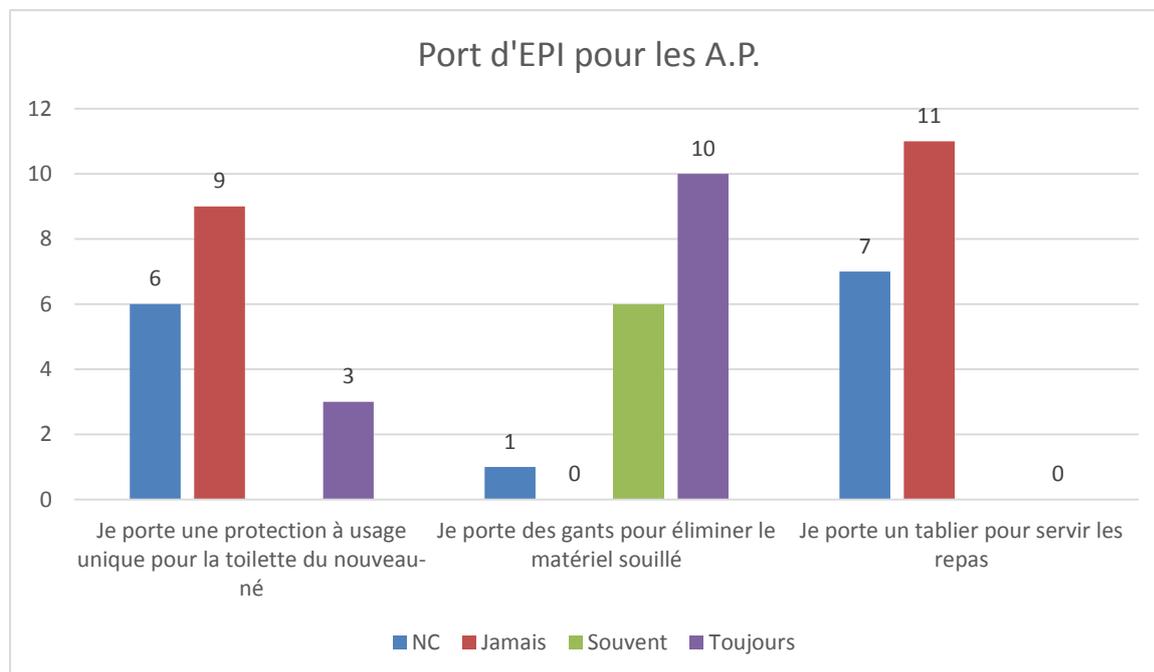
Les résultats de l'ISCHA 3 de l'année 2018 sont affichés dans les services : « *Soignants ! Tous acteurs de l'ISCHA. Suivons notre consommation de SHA* ». [38]

## 6.4.3. Equipements de protection individuelle

### 6.4.3.1. Les tabliers

Les tabliers de protection sont considérés à disposition et en quantité suffisante par la quasi-totalité des professionnels interviewés<sup>14</sup>. Cependant, aucun des professionnels ne les utilise lors des observations de pratiques. Lors des 27 observations en suite de couches, les parents ne portent pas de tablier. Dans les pratiques déclarées 10/19 sages-femmes déclarent ne jamais en mettre ainsi que 8/11 des obstétriciens au moment de l'expulsion.

9/18 A.P. déclarent ne jamais porter de tablier au moment de la toilette des nouveau-nés (Cf. Schéma VIII).

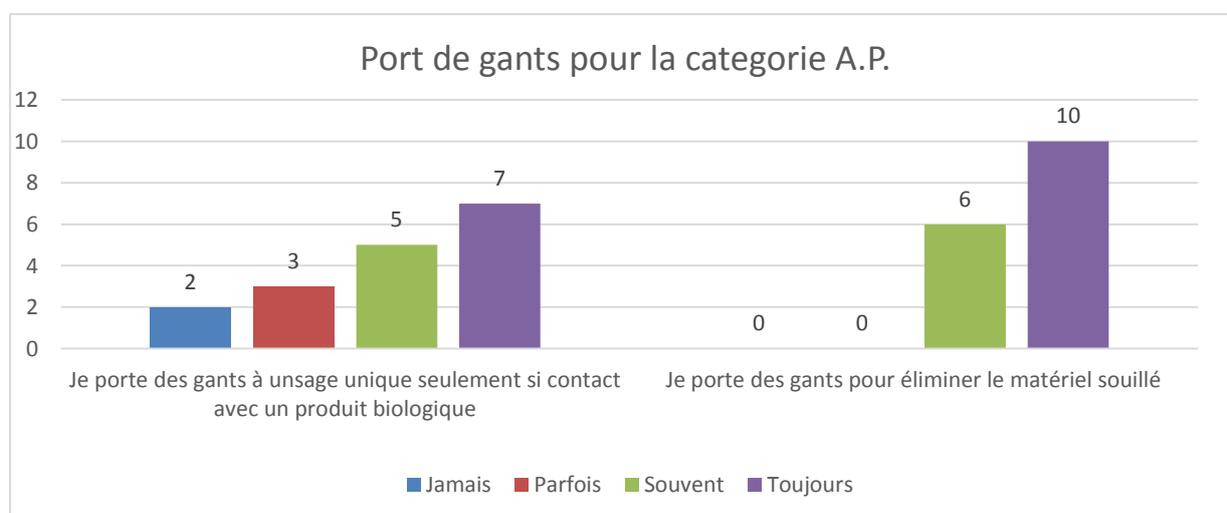


**Schéma VIII : Pratiques déclarées des A.P. pour le port d'Équipement de Protection Individuelle(EPI)**

#### 6.4.3.2. Les gants

Sur la clinique, différents types de gants sont à disposition :

- Des gants non stériles : vinyle, nitrile, pas de gant en latex, présentés en vrac dans une boîte distributrice,
- Des gants stériles de différentes tailles, présentés en sachet unitaire sous double emballage.



**Schéma IX : Pratiques déclarées des A.P. au sujet du port des gants**

Lors des interviews, les professionnels savent citer les opportunités d'utilisation des gants (chaque fois qu'il existe un risque de contact avec du sang ou tous autres liquides biologiques, la peau lésée du patient, contact direct avec le patient infecté ou porteur de bactérie multi-résistante (BMR), risque chimique : chimiothérapie, lors de soins : pose VVP, TV,...).

Lors des pratiques déclarées, 11/19 des S.F. déclarent toujours mettre des gants pour la pose de VVP et 6/19 parfois.

Lors de l'observation directe, 27/27 des A.P. mettent des gants de type vinyle pour l'entretien de l'environnement.

Concernant les deux soins observés en salle d'accouchement, la toilette vulvo-périnéale est réalisée avec des gants de type vinyle.

Les observations de pratiques lors de deux actes à risque, le standard attendu est le port de gant non stérile s'il n'y a pas rupture des membranes et port de gant stérile après rupture des membranes (Cf. Tableau VII).

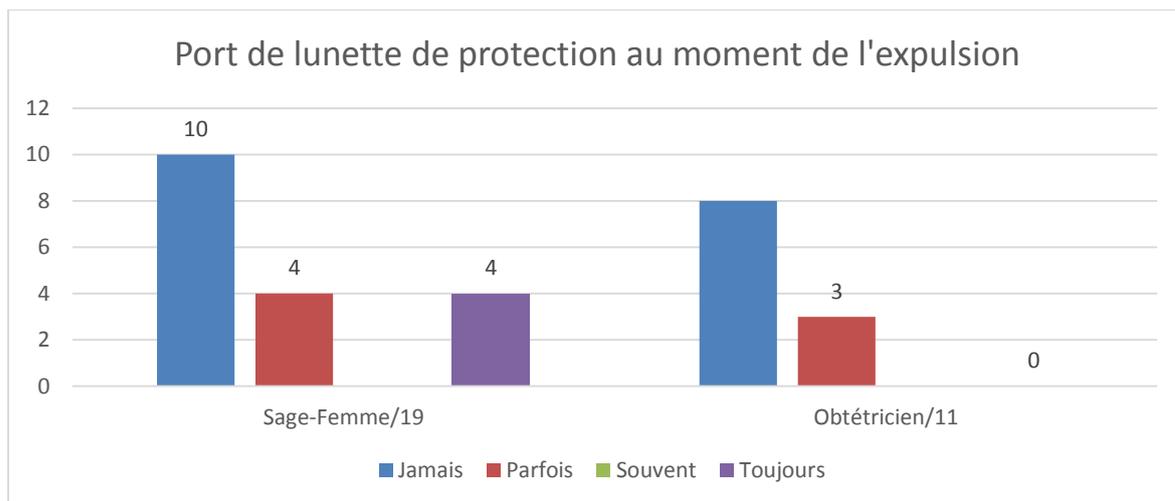
	Toucher Vaginal après rupture des membranes	Toucher Vaginal avant rupture des membranes	Sondage évacuateur
Opportunités	14	3	14
Port de gants	14		14
Port de gants stériles	14		14
Port de doigtier non stérile	0	1	
Port de gant non stérile	0	2	0

***Tableau VII : Opportunités du port de gants lors des deux soins observés en salle d'accouchement***

Lors d'une observation, la S.F a utilisé un gant pour le soin et a gardé un gant stérile dans la pochette en attente pour un autre soin.

#### **6.4.3.3. Les masques chirurgicaux et lunettes de protection**

Sur la clinique, la pharmacie met à disposition les masques chirurgicaux simples et aussi le masque équipé d'une visière protégeant les yeux. Des lunettes individuelles de protection sont à monter (lunette et branches séparés) et disponibles.



***Schéma X : Pratiques déclarées des sages-femmes et obstétriciens pour le port de lunette de protection***

Le standard attendu est le port du masque dès que le professionnel rentre dans la salle d'accouchement, après rupture des membranes de façon bien ajusté et non remis en place.

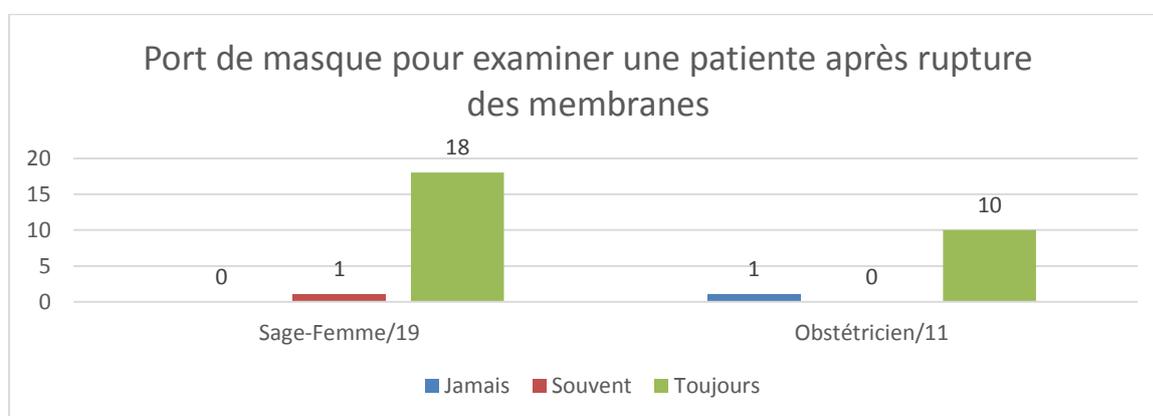
Une fois en place, il ne doit plus être manipulé ni repositionné. L'efficacité du masque est optimale à condition qu'il recouvre le nez, la bouche et le menton en permanence. Il s'ajuste au visage au moyen d'un pince-nez et il est maintenu en place au moyen de liens attachés séparément derrière la tête. Positionnement évalué lors des observations des pratiques en salle d'accouchement.

Dans 100% des observations pour la catégorie des sages-femmes, le standard pour le port de masque est conforme.

Aucune lunette n'est portée par les sages-femmes lors des observations.

Aucun obstétricien n'a été observé.

Lors des déclarations de pratiques, le personnel médical déclare :



***Schéma XI : Pratiques déclarées des sages-femmes et obstétriciens pour le port de masque***

Lors des interviews, les professionnels disent leurs lunettes personnelles suffisantes et ne portent pas de lunettes adaptées lors des soins.

#### **6.4.3.4. Tenue professionnelle**

Dans le service de suite de couches, les tenues sont nominatives, de couleurs différentes en fonction de la catégorie professionnelle. Elles sont livrées dans des casiers personnalisés.

Le standard attendu est le port de la tenue professionnelle pour le service de suite de couches et la tenue de bloc pour la salle d'accouchement avec aucun vêtement civil dessous.

Lors des interviews, les professionnels connaissent le circuit de la tenue professionnelle.

Lors des 17 observations des sages-femmes, la tenue est conforme.

Pour la salle d'accouchement, les sabots sont fournis et mis à disposition dans les vestiaires des obstétriciens. Ils sont stockés sur un portant mural. Il existe une caisse pour l'élimination des sabots sales. Les sages-femmes utilisent les sabots situés ici et laissent les chaussures qu'elles ont portées depuis leur vestiaire. On note lors de la visite, un mélange de sabots et de chaussures professionnelles au sol dont on ignore s'ils sont propres ou sales.

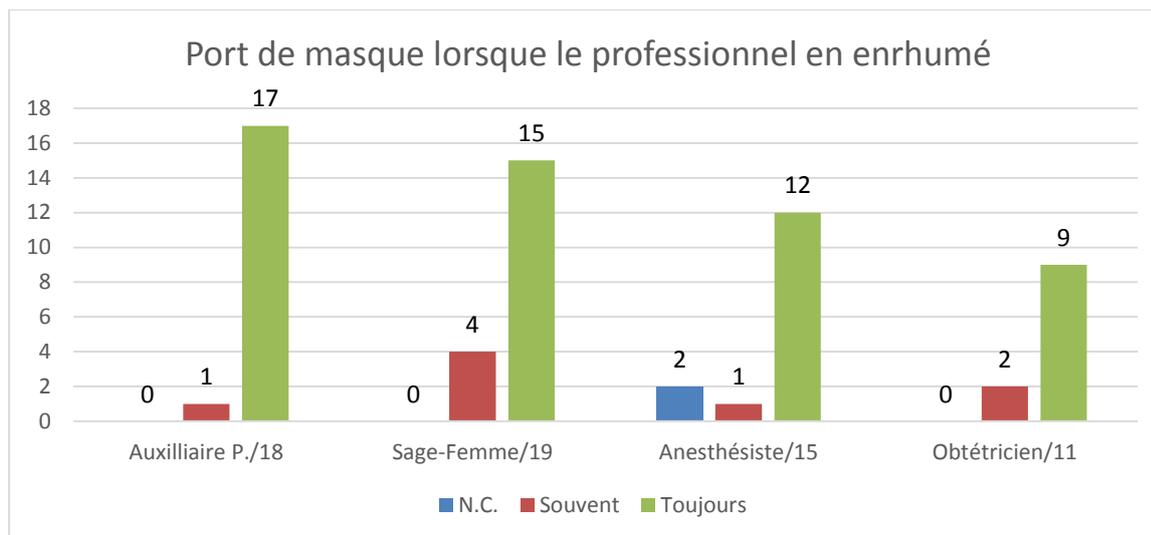
#### **6.4.4. Hygiène respiratoire**

Les recommandations de la SF2H de juin 2017 nous décrivent que : « *L'objectif des mesures d'hygiène respiratoire est de limiter la dissémination de micro-organismes via les sécrétions oropharyngées ou broncho-pulmonaires émises par voie respiratoire en cas de toux, d'expectoration, voire d'éternuement...* ».

Lors des pratiques déclarées, les professionnels conseillent aux patientes de porter un masque pour l'allaitement et les soins, en cas de toux, d'herpès chez la maman : 18/18 toujours pour les A.P. et pour les S.F 15/19 toujours, 4/19 souvent.

Toutes les catégories professionnelles déclarent en auto-questionnaires et interviews mettre un masque en cas de rhume, résultats confirmés par les déclarations de pratiques (Cf. Schéma XII).

Aucune observation n'a été faite sur ce sujet.



***Schéma XII : Pratiques déclarées pour le port de masque en cas de rhume du professionnel***

## 6.4.5. Risque d'Accident d'exposition au sang (AES) [39-40-41-42]

### 6.4.5.1. Procédures

La conduite à tenir en cas d'AES est organisée et validée par un protocole à jour disponible sur la base documentaire. Un kit AES est présent dans les services et la vérification de la date de péremption du dakin a été faite.

La visite des locaux a démontré la présence et l'affichage du protocole dans l'ensemble des locaux à l'exception d'une salle d'accouchement.

Lors des interviews, les professionnels savent où trouver le protocole et le kit d'AES dans leur service. Les règles d'utilisation des conteneurs pour objet piquant, tranchant (COPT) sont connues lors des interviews.

L'analyse des causes et circonstances de l'AES se fait en collaboration avec la Commission Santé Sécurité et Conditions de Travail (CSSCT), la médecine du travail, le Directeur des Ressources Humaines (DRH) et l'EOH à chaque survenu d'AES dans la clinique.

### 6.4.5.2. Pratiques déclarées en cas d'AES

Les obstétriciens déclarent en auto-questionnaires regarder les résultats sanguins des patients pour 5/11 souvent et 3/11 toujours avant de faire quelque chose. Ils déclarent l'AES 4/11 toujours, 2/11 souvent et parfois 4/11.

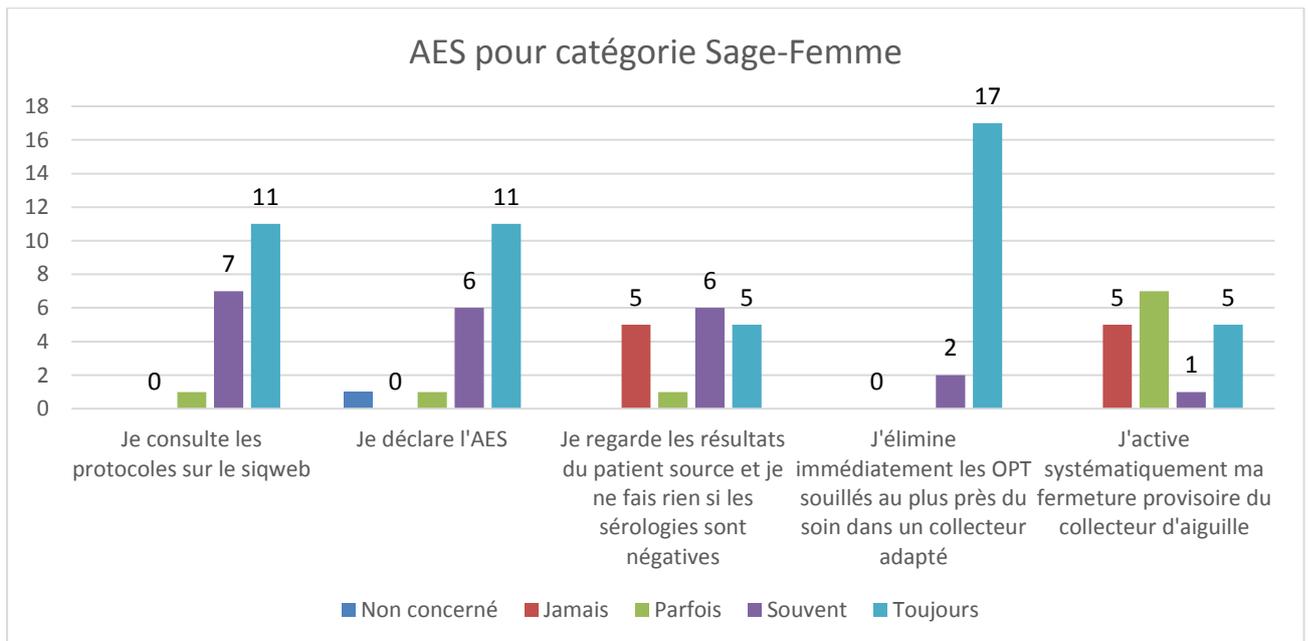
Pour la catégorie des anesthésistes, à la question « *je déclare systématiquement l'AES* », 6/15 répondent toujours, 4/15 souvent. A la question « *Je regarde les résultats du patient source et je ne fais rien* », 5/15 ne répondent jamais, 3/15 ne sont pas concernés, 2/15 souvent et 2/15 toujours.

Les réponses relatives aux AES des sages-femmes sont présentes dans le schéma XIII.

Pour les A.P., 6/18 ne se sentent pas concernées par les AES.

8/18 déclarent toujours l'AES, 2/18 souvent.

A la question « Je regarde les résultats du patient source et je ne fais rien s'ils sont négatifs » 7/18 se sentent non concernées, 6/18 déclarent jamais le faire et 2/18 regardent toujours les résultats avant de faire quelque chose.



**Schéma XIII : Réponses des auto-questionnaires pour la catégorie sage-femme par rapport aux AES**

### 6.4.5.3. Conteneur pour objets perforants

Tous les membres du personnel doivent savoir monter, utiliser, éliminer un collecteur à objets perforants sans s'exposer, ni être à l'origine d'exposition d'autres personnes.

Les règles d'utilisation des COPT sont connues lors des interviews.

Lors de la visite des locaux, le collecteur est daté, il est fixé sur le chariot. La fermeture intermédiaire n'est pas activée à plusieurs endroits et le niveau de remplissage dépassant bien souvent la limite.

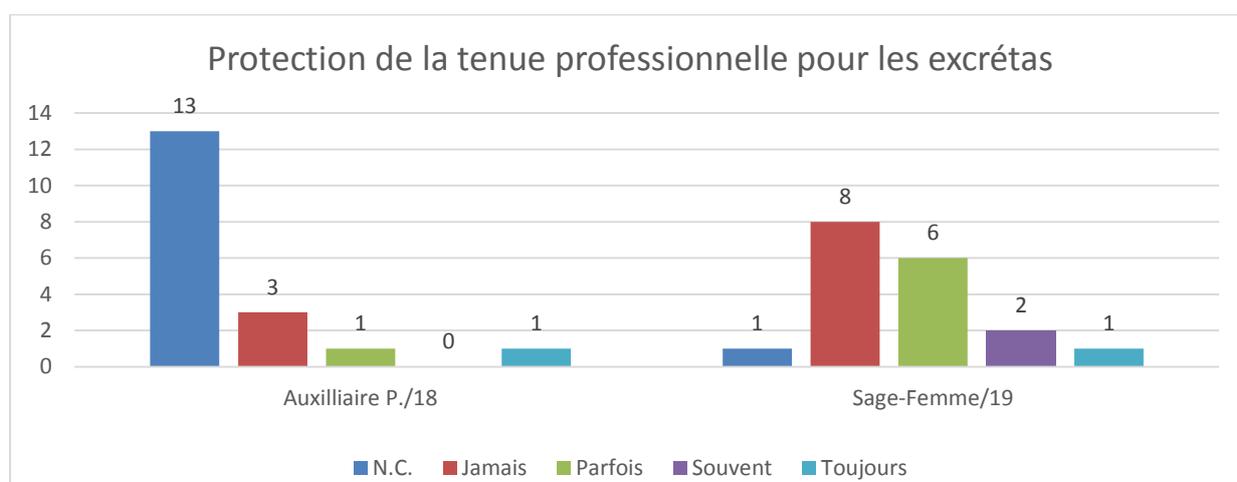
On a vu 7/7 collecteurs fixés (avec support adapté), datés 6/7, dont la limite de remplissage est dépassée 4/7 et la fermeture n'est pas activée 6/7.

## 6.4.6. Gestion des excréta

### 6.4.6.1. Port de protection

Lors des auto-questionnaires et interviews, on retrouve les mêmes résultats que pour les observations directes des pratiques, les professionnels ne protègent pas leurs tenues professionnelles avec des EPI lors de la gestion des excréta (Cf. Schéma XIV).

Les A.P. ne se sentent pas concernées 13/18 par la protection de la tenue. 8/19 des sages-femmes ne protègent jamais leur tenue.



***Schéma XIV : Résultats des auto-questionnaires pour la protection des tenues professionnelles***

### 6.4.6.2. Circuit des excréta, matériels et locaux

Pour le circuit des excréta, chaque service a un local qui héberge un vidoir et un lave-bassin avec un système de vidange associé. Pour le transport de la chambre au local, il y a à disposition des couvercles en nombre par rapport aux bassins. Il n'y a pas de douchette dans les chambres, ni dans les vidoirs.

### 6.4.6.3. Entretien des dispositifs de recueil des excréta

Lors de la visite des locaux, on note plusieurs bassins souillés et un bassin sale mal positionné dans le lave-bassin. De manière générale, le matériel est rangé dans l'espace dédié. Certains bassins et cantines stockés sont visuellement sales.

Un lave bassin sur les 3 observés a un aspect entartré et sale avec une robinetterie qui apparait entartrée.

Une maintenance préventive des lave-bassins n'est pas organisée.

## **6.4.7. Déchets et linge**

### **6.4.7.1. Procédure de tri des déchets**

Le référentiel du tri des déchets est connu par tous les professionnels et ils savent où le trouver. Il est affiché au-dessus des poubelles.

Dans les salles d'accouchement sont présents des portants pour poubelles équipés avec un sac pour les Déchets Assimilés aux Ordures Ménagères (DAOM) et un sac pour les Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux (DASRI). Le sac DASRI est rempli avec des DAOM dans plusieurs salles d'accouchement.

Dans le service de suite de couches, il n'y a pas de DASRI conformément aux référentiels déchets.

### **6.4.7.2. Les locaux déchets**

Les locaux des déchets de stockage intermédiaires pour la salle d'accouchement sont situés en dehors du secteur. Les agents lors de l'élimination des déchets passent par la porte d'accès des patientes. Le local DASRI (bien qu'ayant un digicode) est ouvert. La porte comprend l'identification : « Déchets ». Il comporte deux bacs. Ce local sert à la fois la salle d'accouchement et au secteur ambulatoire. Les déchets ménagers sont mis en attente dans le local du bloc opératoire.

Deux locaux déchets sont situés au 3<sup>ème</sup> étage avec un local pour les DASRI situé au bout du service comprenant deux bacs vides et un local pour les DAOM, situé au milieu du service. Il existe dans ce dernier local une poubelle déchets ménagers, un vidoir et un point d'eau.

## **6.4.8. Le linge**

Le protocole pour le circuit et le tri du linge est valide et consultable sur la base documentaire de l'établissement. La lingère fait partie du personnel de la clinique et un prestataire assure l'approvisionnement tous les deux jours du linge propre et l'entretien du linge sale.

### **❖ Circuit linge propre**

Dans les services, le linge est globalement filmé.

Pour la salle d'accouchement, le linge est stocké soit dans des armoires mobiles fermées, soit dans certaines salles, où il est partiellement défilmé.

Pour le service de suite de couches, trois lingeries dont une a un aspect visuel sale et encombré servant de stockage du gros matériel type transats et à un ballon. Le sol apparaît poussiéreux.

La lingère livre tous les jours les tenues et le linge suivant la dotation affichée sur les armoires ou dans les lingeries.

## ❖ **Circuit linge sale**

Dans le couloir, on trouve en attente deux portants de linge (couleur de sacs rayés bleu et blanc). Les sacs sont remplis à moitié. Selon le protocole, il n'y a pas de tri spécifique pour les différents articles. Dans les lingerie, il y a des patères permettant d'accrocher les sacs de linge propre en attente d'être utilisés.

### **6.5. Précautions complémentaires d'hygiène (PCH)**

Le protocole des PCH est présent et à jour dans la base documentaire.

Les affiches de signalétiques sont présentes dans les services (Contact/Air/Gouttelette).

(Cf. Annexe 12)

Lors des interviews, la signalétique est connue par 11 professionnels sur 22 interrogés.

Pour les médicaux interviewés, 9/14 ne prescrivent pas les PCH.

Les professionnels ne connaissent pas de manière exhaustive la contamination par air lors des situations rencontrées dans le service, par exemple une patiente ayant la varicelle. Il y a une méconnaissance de l'utilisation des masques FFP2 lors des interviews pour les A.P. (n : 5/8).

### **6.6. Gestion de la salle nature**

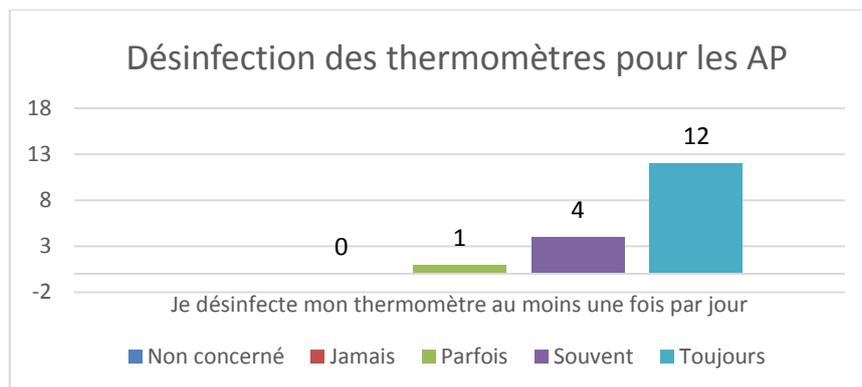
Une salle d'accouchement dite « nature » est dédiée aux patientes. Cette salle est équipée d'une baignoire qui est d'aspect visuel propre. La traçabilité de l'entretien figure au dos de la porte. Un protocole est présent dans la base documentaire, où il est fait mention d'un protocole de désinfection hebdomadaire et d'une désinfection après utilisation. Le suivi des prélèvements d'eau est fait par la surveillante et l'EOH. Jusqu'à ce jour, les résultats des prélèvements sont bons.

### **6.7. Entretien et stockage du Dispositif Médical Non Stérile (DMNS) et stérile**

#### **6.7.1. Entretien des dispositifs médicaux non stériles**

##### ❖ **Pour les A.P.**

Lors des interviews, 7/8 A.P. déclarent nettoyer les DMNS après chaque utilisation (liste du matériel non exhaustive : thermomètre (Cf. Schéma XVI), toise, tapis de change, berceau, couveuse..). Elles entretiennent leur chariot de soins quotidiennement.



***Schéma XVI : Résultats des auto-questionnaires pour la désinfection des thermomètres après des A.P.***

Lors de la visite des locaux, dans la salle des pédiatres, une couveuse est stockée. Il existe un entretien avant et après chaque utilisation (dispositif peu utilisé).

On retrouve, sur l'un des portants du chariot de linge, un traversin ou coussin d'allaitement posé. La question est posée à l'auxiliaire puéricultrice sur l'entretien de ce matériel qui nous répond que ce matériel est en attente d'être nettoyé.

#### ❖ **Pour le personnel médical**

6/8 sages-femmes déclarent nettoyer après chaque utilisation les DMNS (liste du matériel non exhaustive : monitoring, appareil d'échographie, appareil à tension, thermomètre, table de réanimation pour les bébés, ...).

L'obstétricien interviewé déclare le faire.

Pour les catégories pédiatre (n : 1/1) et anesthésiste (n : 2/2), ils déclarent ne pas être concernés.

#### ❖ **Produits utilisés pour l'entretien**

Les professionnels utilisent trois types d'entretien :

- Soit par immersion avec le nettoyant pré-désinfectant Anios Clean Excel D® en sachet,
- Soit avec des lingettes pré-imprégnées,
- Soit avec le Surfa'Safe® vaporisé sur une lingette à usage unique.

Lors des interviews, la dilution des produits pour le bain de décontamination est connue 2/8 pour les sages-femmes, 5/8 pour les A.P.

Contrairement au protocole, les bacs sont vides lors de la visite des locaux.

### ❖ Certains dispositifs médicaux non stériles

Lors de la visite des locaux, on retrouve un aspect propre de la sonde d'échographie (externe et endo-vaginale). Les professionnels ont à disposition sur la console : des lingettes, du gel ainsi que des couvertures sondes, datés et la date de péremption conforme. En salle d'accouchement, les capteurs de monitoring sont d'aspect visuel propre.

Dans le service de suite de couches, on note la présence de dispositifs de monitoring dont l'aspect visuel est propre avec présence des lingettes pré imprégnées. Les dates d'ouverture sont notées sur le gel.

On retrouve la présence d'un Dinamap avec un thermomètre dans une salle de soins. Si l'on note la présence de couvre-sonde auriculaire, il n'y a pas de lingettes permettant de faire une désinfection de surface du thermomètre à proximité.

### **6.7.2. Maintenance des dispositifs médicaux non stériles**

L'organisation des maintenances du matériel est prévue par des contrats avec des prestataires extérieurs et contrôlée par le service biomédical. L'équipe de la maintenance est organisée et alertée par un site, appelé « GMAO » en cas de dysfonctionnement ou arrêt de machine.

### **6.7.3. Réserve et stockage**

Certains locaux permettent un stockage à la fois de Dispositifs Médicaux Stériles (DMS) et de dispositifs médicaux non-stériles (DMNS). Certains DMS sont stockés dans des caisses en plastique dont l'identification n'est pas conforme. L'aspect visuel est propre en général dans tous les locaux.

Dans un autre local, la porte est ouverte en permanence, avec la présence de stockage au sol et de nombreux cartons.

### **6.7.4. Gestion des Dispositifs Médicaux Stériles gérée sur le site**

Une stérilisation est présente dans l'établissement au 1<sup>er</sup> étage. Elle assure la prise en charge du matériel du bloc, des cabinets et des services de soins. Pour le matériel du bloc c'est essentiellement des boîtes types : par exemple « boîte pour césarienne », et pour la salle d'accouchement ou service de suite de couches, du petit matériel type pinces ou forceps sous sachet individuel.

Il existe une fiche de liaison.

Lors de nos observations, nous trouvons la présence dans le couloir d'un COPT avec deux pinces longuettes et une fiche navette pour la stérilisation. Il n'y a pas d'immersion. Les renseignements Maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ) ne sont pas cochés.

## 6.8. Bio nettoyage

Le bio nettoyage est réalisé par un prestataire extérieur. La liste des tâches à réaliser et l'organisation sont définies dans un cahier des charges. La méthode de pré imprégnation pour les surfaces et le sol est en place dans l'établissement. Une centrale de dilution est utilisée pour les auto-laveuses, ainsi que pour les machines à laver permettant l'entretien des bandeaux et chiffonnettes.

Le chariot de ménage est en attente dans le couloir au 2<sup>ème</sup> étage. On note la présence sur le chariot de lavettes pré-imprégnées. En revanche, il n'y a pas d'utilisation de la technique pour les bandeaux. L'aspect visuel du chariot est correct.

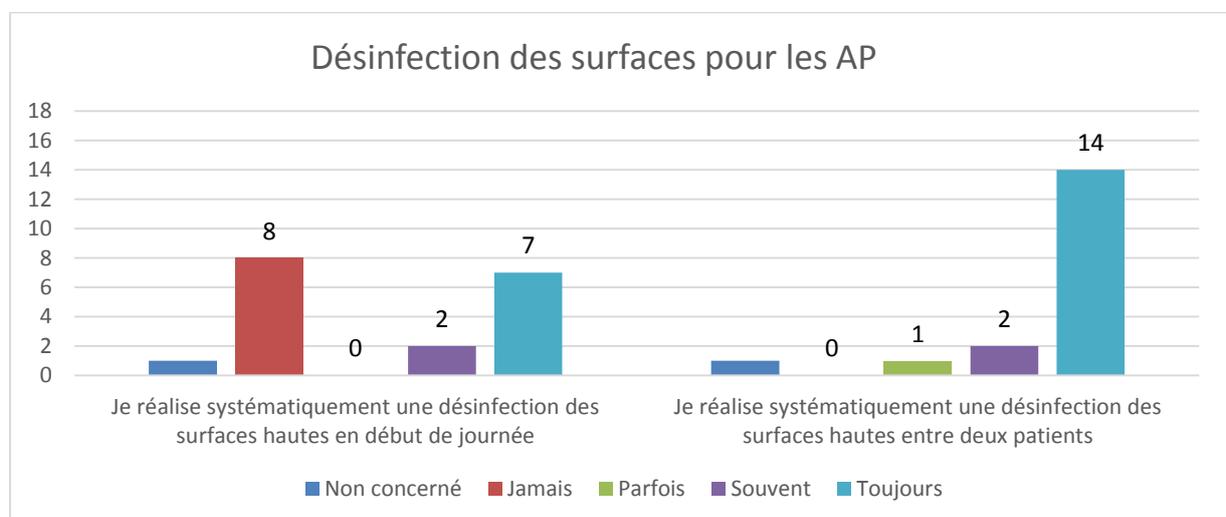
Les professionnels précisent que le bionettoyage est fait une fois/jour au minimum et plus si nécessaire. La nuit (de minuit à 5h), le chariot est utilisé par les professionnels du service entre deux patientes. La traçabilité du bio nettoyage figurant derrière la porte est vierge dans le vestiaire des obstétriciens.

### 6.8.1. L'entretien des surfaces par les A.P.

Lors des observations de pratiques, au moment de la toilette du nouveau-né, le standard attendu est l'entretien entre deux bains du pèse bébé, de la baignoire et de la table à langer avec des gants type vinyle.

Le pèse bébé n'est pas nettoyé à chaque bain.

Pour les déclarations de pratiques :



***Schéma XVII : Résultats des auto-questionnaires pour les 18 A.P. sur la désinfection des surfaces***

## **6.8.2. Matériel et technique d'entretien**

Pour nettoyer, les professionnels utilisent les lingettes pré imprégnées, observés 24/27 lors de la toilette du nouveau-né ou 3/27 avec le Surfa'Safe® vaporisé sur une lingette à usage unique. Le temps d'action du produit n'est pas évalué.

## **6.9. Gestion des risques lié à l'eau et l'air**

### **❖ L'eau**

De manière globale, on visualise un entartrage important à certains endroits dans les 2 services : dans les WC, sur la robinetterie, les points d'eau.

Le soutirage de l'eau est fait par le prestataire de ménage et la maintenance.

### **❖ L'air**

Dans certaines salles d'accouchement, les grilles de ventilation sont sales.

## **6.10. Hygiène alimentaire**

### **6.10.1. Réserve de lait**

La réserve de lait situé au 3ème étage comprend les boites de nouettes utilisées dans le service de suite de couches. Le stockage est fait soit au sol soit sur des palettes. Il existe également une étagère (en aggloméré). Cette étagère permet le stockage de différents dispositifs et en particulier des tire-laits. La température est très élevée dans ce local.

### **6.10.2. Office alimentaire**

Un office alimentaire est commun à tous les secteurs de maternité au 3<sup>ème</sup> étage.

Il existe 2 réfrigérateurs, l'un dédié pour les professionnels et l'autre dédié pour les patientes. Dans le réfrigérateur des patientes, on note des entrées non filmées et du lait sans date d'ouverture.

Il est évoqué la problématique des repas différés. Les repas sont en effet servis en liaison chaude et en cas de repas différés, les plateaux chauds sont mis en attente dans l'office alimentaire en attendant le refroidissement pour ensuite être stockés dans le réfrigérateur.

### **6.10.3. Distribution des repas**

Concernant plus globalement le service des repas, il existe un service à l'assiette. L'agent interrogé effectuant le service, nous dit qu'un contrôle de la température est effectué avant le service. En pratique, lors de notre observation, il n'y a pas eu de contrôle au début du service.

Lors des déclarations de pratiques, 11/18 des A.P. disent ne jamais porter de tablier pour servir les repas et 7/18 ne se sentent pas concerné.

## **6.11. Techniques de soins [43]**

### **6.11.1. Observations lors de la toilette du nouveau-né**

#### **6.11.1.1. Lors des soins des yeux**

Les soins ont été réalisés par l'un des parents présents. Les 27 observations sont conformes. La technique est pareille pour chaque observation : utilisation de compresses stériles et du sérum physiologique. Concernant le gestuel, un changement de compresse se fait pour chaque œil.

#### **6.11.1.2. Lors du soin de cordon**

Les observations faites exclusivement par les parents sont conformes pour :

- L'utilisation des compresses stériles,
- L'application des antiseptiques par tamponnement avec de la Biseptine® ,
- Le séchage à l'air libre.

15/18 A.P. déclarent toujours désinfecter le cordon à chaque changement de couche et 2/18 souvent.

#### **6.11.1.3. Pour la toilette génitale**

Le standard attendu avant l'immersion dans le bain et en cas de présence de selles, est de faire une toilette génitale avec des gants non stériles et un changement de compresse à chaque passage sur la vulve d'une petite fille.

4 toilettes en présence de selles ont été observées sur les 27 observations, avec un changement de compresse à chaque passage.

Aucun des parents ne portent de gants pour effectuer la toilette génitale.

#### **6.11.1.4. Observations pour les touchers vaginaux (TV) [44-45]**

##### **❖ Le standard attendu pour la préparation vulvo-périnéale**

Le standard attendu lors du premier TV est une toilette vulvo-périnéale associée à une réalisation d'antisepsie.

Lors des autres touchers vaginaux ultérieurs, le standard est une réalisation d'antisepsie seule.

##### **❖ Pratiques déclarées**

11/19 sages-femmes déclarent limiter souvent le nombre de toucher vaginal, 2/19 toujours.

A la question « Je pratique une désinfection vulvo-périnéale avant chaque TV » 0/19 des sages-femmes déclarent toujours en faire, 1/19 souvent, 15/19 parfois et 3/19 jamais.

9/19 incitent souvent les patientes à faire elle-même leur toilette dès que possible, 2/19 toujours et 2/19 ne sont pas concernées.

##### **❖ Observations des pratiques**

Aucune observation n'a été faite au 1er TV.

Lors des 17 observations, 5 toilettes ont été réalisées et la désinfection a été faite systématiquement.

#### **6.11.2. Observations pour le sondage évacuateur**

##### **❖ La préparation**

Elle est conforme à l'attendu dans les 14 observations pour :

- La préparation du matériel se fait avant le soin,
- L'asepsie est réalisée avec la gamme iodé Bétadine®,
- L'utilisation des compresses stériles.

##### **❖ L'utilisation du matériel existant**

Lors de 3 observations sur 14, le set sondage et le champ fendu ont été utilisés. Pourtant, 15/19 des S.F. déclarent utiliser toujours le set de sondage.

Lors des 14 observations, le système clos a été respecté et la sonde lubrifiée utilisée, conforme aux pratiques déclarées (n : 19/19).

### 6.11.3. Lors de pose ou manipulation de voie veineuse périphérique (VVP)

Toutes les données sont recueillies lors les déclarations de pratiques (interviews ou auto-questionnaires), il n'a pas été fait d'observation sur ce thème.

Un anesthésiste sur 19 déclare toujours manipuler les lignes veineuses avec une compresse stérile. Ils réalisent l'antisepsie avec un antiseptique alcoolique 14/15 toujours, résultats confirmés par l'interview (n : 2/2).

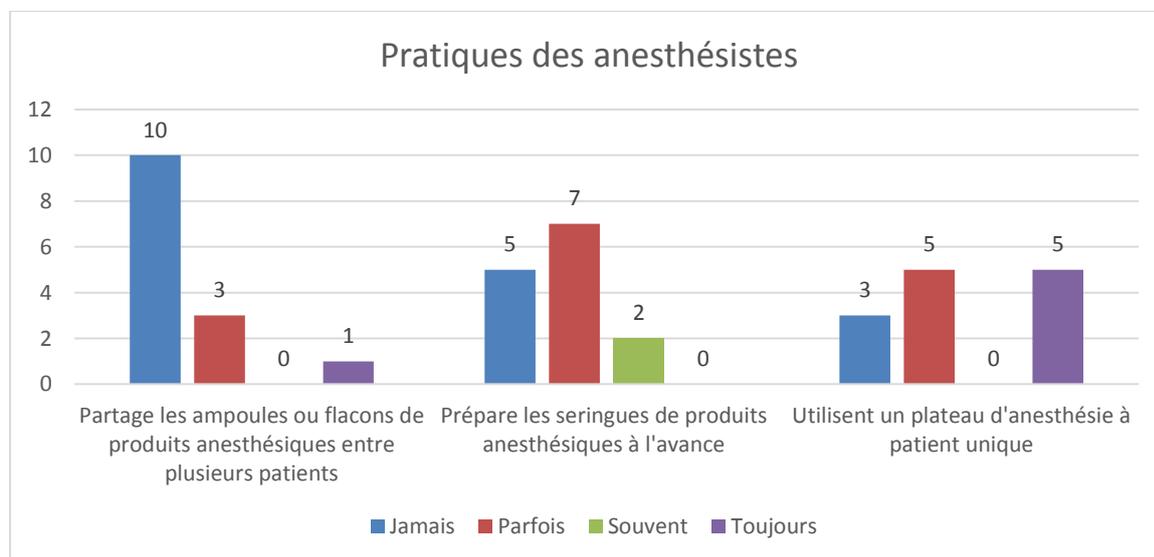
Lors des pratiques déclarées, 19/19 S.F. utilisent un antiseptique alcoolique à la pose de la VVP, confirmés par l'interview.

Pour les sages-femmes, 9/19 souvent et 6/19 toujours respectent le temps de séchage spontané.

Lors des interviews, 8/14 des professionnels médicaux déclarent se poser tous les jours la question de la nécessité du maintien du dispositif invasif (2 sages-femmes travaillant exclusivement en salle d'accouchement et la cadre ne se sentent pas concernées).

### 6.11.4. Pratiques en anesthésie

Les résultats sont obtenus lors des déclarations de pratiques.



***Schéma XVIII : Déclarations des anesthésistes sur leurs pratiques***

## **6.12. Sécurité médicamenteuse [46]**

### **6.12.1. Gestion de périmés**

Lors de la visite des locaux, l'examen des différents produits permet de retrouver plusieurs périmés dans tous les secteurs. Par exemple, on retrouve : une eau Versol périmée en février 2019, un glucosé périmé en janvier 2019 (d'autres glucosés seront périmés fin avril), un polyionique périmé en février 2019, tests de détection de la fibronectine périmés en mars 2019, de tubes de prélèvements en limite de péremption, On retrouve du Primperan® et du Magnésium périmés.

### **6.12.2. Gestion des antiseptiques**

Les dates d'ouverture sont partiellement notées notamment, les antiseptiques : 2 sur 3 ont la date d'ouverture notée en salle d'accouchement et en service de suite de couches 1 sur 2.

### **6.12.3. Gestion des médicaments et stockage**

Dans le chariot des sages-femmes les tiroirs comportent des produits médicamenteux non sécurisés et accessibles aux patientes.

Les 2 armoires à pharmacie en suite de couches sont fermées.

Le stockage sous évier au 3<sup>ème</sup> étage, met en évidence des antiseptiques, les streptotests et de l'Eosine.

### **6.12.4. Gestion de réfrigérateur**

Lors de la visite des locaux, on retrouve 4 réfrigérateurs spécifiques aux médicaments. Il est noté la traçabilité du suivi des températures et de l'entretien. Un thermomètre est situé à l'intérieur de tous les réfrigérateurs (les thermomètres sont relevés régulièrement par la pharmacie et quand celui-ci clignote).

Pour les 2 réfrigérateurs dans l'office alimentaire, il y a une traçabilité du suivi des températures et de l'entretien qui sont partiellement remplies.

# **PARTIE III : Analyse des résultats - Axes d'amélioration**

Cette visite de risque avait pour objectif de faire un état des lieux des pratiques des professionnels de santé dans les secteurs de salle d'accouchement et de suite de couches, par rapport aux référentiels de bonne pratique et enfin de définir des actions d'amélioration destinées à corriger les points faibles.

Compte tenu de l'activité importante dans ce secteur et la particularité de la méthode de la visite de risque avec des outils et méthodes différents, cette démarche a permis de soulever des points positifs ainsi que des axes d'amélioration.

## **I. Points forts**

La disponibilité des professionnels et l'organisation des rendez-vous pour les interviews a été bonne. Aucun refus n'a été exprimé aussi bien pour les professionnels que pour les patientes.

### **1.1. La méthode de la visite de risque**

Le choix de la méthode de gestion du risque a permis un état des lieux, de vérifier la mise en œuvre des moyens de prévention et d'atteindre les objectifs fixés par l'EOH, voire plus. Les professionnels ont participé à cette évaluation du risque infectieux inhérent à leur secteur de la maternité et ont découvert une autre méthode d'évaluation.

### **1.2. L'enquêteur**

Tous les critères des grilles étaient bien remplis. Cela a permis une analyse correcte car il s'agit d'une enquête prospective donc peut de recours pour les informations manquantes possible.

Tout le long de l'audit, des échanges ont pu être créés avec l'équipe professionnelle autour des actes observés, des situations qu'ils avaient vécues, des réflexions, ...

Cette étude a été formatrice pour l'enquêteur à tout point de vue, professionnellement (méthodologie, connaissances pratiques, ...) et humainement.

## **1.3. Organisation générale des services**

### **1.3.1. L'équipe**

La collaboration de la cadre de santé, présente tous les jours, ayant la connaissance des procédures et du terrain a permis de faciliter le recueil des auto-questionnaires. Un pourcentage de réponse de 86,5% pour les auto-questionnaires montre l'investissement de tous les professionnels.

Une équipe montrant de l'intérêt et concernée par l'évolution de l'hygiène a permis d'atteindre les objectifs attendus en terme d'effectifs pour toutes les différentes méthodes. L'EOH s'appuie sur le décret du 6 décembre 1999: « *Chaque professionnel est impliqué et à l'obligation de respecter et faire respecter les règles d'hygiène* ». [47]

Des échanges se font régulièrement avec des relèves quotidiennes avec tous les membres de l'équipe présents dans le service sont organisées par la cadre où l'EOH peut intervenir. Un « staff » pluridisciplinaire est réalisé de façon hebdomadaire pour discuter des dossiers ou des événements infectieux.

La collaboration régulière de l'infirmière hygiéniste avec l'équipe a permis de faciliter l'introduction de l'audit au sein du service. Le personnel n'a pas exprimé de rejet face à l'observation directe lors des soins.

Les échanges en dehors du temps des observations ont permis aux professionnels d'avoir une réflexion sur leurs pratiques.

Des commentaires faits par les professionnels ont été annotés par l'enquêteur sur les grilles utilisées lors des différents audits :

- Une base documentaire consultable facilement et en cas de nouvelles procédures. La catégorie professionnelle des sages-femmes déclare la consulter régulièrement (11/19 déclarent le faire toujours et 7/19 souvent),
- Au sujet de l'EOH : l'importance de la présence de l'IDE hygiéniste et surtout la savoir joignable, des méthodes des formations très ciblées, ludiques et diversifiées,
- Une participation active des parturientes dans les soins avec notamment l'autonomie pour la toilette intime

### **1.3.2. Politique et gestion des services**

Les professionnels disposent des ressources documentaires à jour et facilement accessibles. La base documentaire est une ressource essentielle pour les équipes médicales et paramédicales.

L'établissement a un programme continu et organisé. Il y a des fiches de postes pour toutes les catégories professionnelles.

La gestion du risque infectieux est organisée et suivi par les différentes instances. 9/14 personnels médicaux pensent que toutes les IAS doivent être déclarées afin d'améliorer les pratiques, 6/8 pour les paramédicaux.

Une formation continue et régulière, des personnes accessibles et disponibles.

## **1.4. Précautions standard**

### **1.4.1. Hygiène des mains**

Les mains sont connues pour être des vecteurs de transmission croisée des micro-organismes. Une hygiène des mains de qualité réalisée à des moments-clés du soin permet de prévenir les infections et de limiter la diffusion des micro-organismes. Cette mesure très importante, partie intégrante des PS, est à respecter quel que soit le secteur d'activité et elle est à promouvoir et à évaluer régulièrement.

Les opportunités d'hygiène des mains par friction avec de la SHA sont connues et maîtrisées par les professionnels. Les professionnels l'associent à la mise en place des formations répétées par l'EOH, à la disponibilité adaptée des flacons de SHA. L'implication des équipes dans l'implantation des distributeurs permet une bonne utilisation du matériel par les professionnels.

### **1.4.2. Les équipements de protection**

Le masque chirurgical et des lunettes portés par le soignant le protègent à cas de risque d'exposition par projection d'origine humaine. Un accouchement expose les muqueuses des yeux, du nez ou de la bouche du soignant à des éclaboussures aussi une protection faciale est nécessaire.

Pendant le travail et l'accouchement, les sages-femmes et les obstétriciens ont une promiscuité dans leurs contacts avec la parturiente qui accroît le risque de contamination et d'infection.

Le matériel (tablier, lunette, masque, gants) est mis à disposition des professionnels.

Les opportunités d'utilisation des EPI sont connues par les professionnels.

La tenue professionnelle est conforme pour tous les professionnels (tenue du bloc et pas de tenue civile qui dépasse).

### **1.4.3. AES**

Les AES sont surveillés de façon pluridisciplinaire. Les COPT sont fixés et datés. Une fois par an une formation est organisée.

#### **1.4.4. Déchets et linge**

Le circuit déchet et linge est organisé et connu par tous. Les affiches de référentiels sont installées.

#### **1.4.4. Gestion de l'environnement**

Les professionnels utilisent les produits et matériels pour la désinfection de l'environnement. En suite de couches, le matériel tend à se personnaliser (exemple : le flacon de Biseptine®).

#### **1.4.5. Précautions Complémentaires d'Hygiène**

Le service de suite de couche comporte 33 chambres individuelles sur 57 pour permettre de mettre la patiente en chambre individuelle afin d'appliquer les PCH nécessaires.

#### **1.5. Hygiène alimentaire**

Les températures des frigos sont suivies.

#### **1.6. Technique de soins**

Lors des soins pour les sages-femmes, une toilette vaginale et l'antisepsie sont réalisées avec la gamme iodée Bétadine®.

Le type de gants varie en fonction de la rupture ou non des membranes :

- Si rupture : utilisation de gants stériles (n : 14/14).
- Si non rupture : utilisation des gants non stériles de type vinyle ou un doigtier (n : 3/3).

Lors des sondages évacuateurs, les bonnes pratiques avec les incontournables sont respectées dans toutes les observations. L'utilisation du matériel disponible et pratique pour les sages-femmes permet un geste plus sûr en respectant l'asepsie. Il est prêt à l'emploi (gain de temps, rapidité du geste), stérile, pré lubrifié avec un système clos (permettant de diminuer le nombre de dispositifs), avec une sonde d'une longueur suffisante permettant une bonne déclivité et un meilleur confort pour les patientes.

#### **1.7. Entretien dispositifs médicaux**

Les livraisons en termes de DMS et DMNS se font par les ascenseurs pour les deux services.

## **II. Limites de l'étude**

Cette méthode, du fait de ces multiples audits est complexe et très longue. Quels étaient les freins, les difficultés rencontrées lors de cette démarche ?

## 2.1. Problématique organisationnelle

Les grilles élaborées par l'IDE hygiéniste malgré leur test, ont été fastidieuses à analyser du fait du grand nombre de résultats, du manque de méthodologie parfois. De ce fait, certains résultats n'ont pas été exploités car hors sujet. Par exemple les questions aux anesthésistes sur l'antibioprophylaxie et le thème de la préparation des césariennes (population exclue).

La veille de l'audit, la direction a changé de poste l'IDE hygiéniste. La visite de risque et les rendez-vous qui étaient fixés le lundi avec des professionnels ont dû être annulés et repoussés au jeudi.

## 2.2. Des difficultés liées à la méthode d'audit utilisée

Lors des observations, la technique la plus appropriée est de rester dans le service. Or, les actes observés en salle d'accouchement ne sont pas programmés comme la toilette du nouveau-né qui se déroule le matin entre 8 heures et 12 heures. Les observations ont été faites au fil de l'eau et ont duré sur deux mois pour avoir un nombre objectif suffisant d'observations.

Un audit par auto-questionnaire peut être biaisé si le professionnel surestime ses pratiques et les réponses peuvent être suggérées dans la question.

L'interview directe est une méthode longue et difficile à mettre en place en fonction de la disponibilité du personnel.

Pour ces raisons, la visite de risque est multimodale et permet d'atténuer ces biais.

Une seule personne a fait les observations directes. On sait que le biais est souvent l'observateur. Il se doit d'être objectif pour permettre une meilleure conclusion possible. Cela peut-être un axe fort ou négatif.

## 2.3. Le professionnel observé

Evaluer l'observance des pratiques, sur un temps court, peut entraîner pour le professionnel observé un changement dans sa technique de soin et de faire « mieux que d'habitude » engendrant un risque de **surestimation de bonnes pratiques**. 100% des professionnels ont fait une hygiène des mains correctes alors que dans les déclarations de pratiques 9/19 des sages-femmes déclarent toujours se laver les mains après le retrait des gants. De même que lors de la toilette vulvo-périnéale associée à une réalisation d'antisepsie est faite notamment qu'au 1<sup>er</sup> TV, lors des observations, la toilette a été faite, alors que ce n'était pas nécessaire, 5 fois sur 17.

**L'effet Hawthorne**<sup>10</sup> (appelé parfois "effet de l'observateur") démontre que les résultats, positifs ou négatifs, ne sont pas dus aux facteurs expérimentaux, mais à l'effet psychologique d'avoir conscience d'être étudié modifiant les comportements de l'observé. Il est difficile de contrôler cet effet dans une

---

<sup>10</sup> Observation de la modification du comportement des personnes interrogées lors d'une étude.

étude. Il s'estompe avec le temps et les habitudes reviennent. Toutefois, il doit être pris en compte car il peut biaiser les résultats. [48]

L'évaluation évoque encore chez beaucoup « *je me crois à l'école, ...* », ainsi que l'encre rouge utilisée pour pointer les fautes. Le concept d'évaluation renvoie généralement aux **notions de contrôle et de sanction**. Se traduisant par la difficulté à appeler l'enquêteur lors des actes en salle d'accouchement : « *J'ai oublié, ...* », « *Je n'ai pas eu le temps...* ».

L'évaluation doit faire référence à une évaluation formative par rapport aux recommandations en vigueur, et cela dans l'intérêt des patients.

La catégorie professionnelle médicale a été difficile à observer : « *Je n'ai pas le temps, c'est une situation particulière, ....* ». Aucune observation d'obstétriciens n'a pu être faite.

#### **2.4. Les freins à l'application des recommandations [49-50]**

« *Tous les soignants savent et admettent que la lutte contre les infections associées aux soins constitue une des priorités majeures de santé publique. Tous les soignants savent et admettent que les protocoles d'hygiène sont des guides de « bonnes conduites »*[51], tous les soignants connaissent le risque de contamination de leur tenue professionnelle et citent certaines situations à risque lors des interviews : servir et desservir les repas, soins souillants ... Mais cela ne suffit pas pour changer durablement les conduites professionnelles.

Le personnel interrogé donne plusieurs causes :

- Surcharge de travail, manque de temps,
- La routine,
- Les difficultés à appliquer les recommandations d'hygiène en situation d'urgence,
- Diminution de la vue avec l'utilisation des lunettes de protection lors des soins,
- Dans un souci d'économie, l'utilisation en deux temps du matériel stérile, non observance du set de sondage, utilisation de matériel individuel,
- Rupture du matériel ou de tenue parfois,
- Certaines personnes ne sont pas convaincues de l'efficacité préventive des infections du périnée en plusieurs étapes car peu d'infection retrouvée.

#### **2.5. La maternité : une spécialisation**

Du fait de la complexité du service de maternité par la multiplicité des intervenants, de la spécialisation de leurs compétences et de leur complémentarité dans la prise en charge, l'évaluation des pratiques se doit d'être pluridisciplinaire. Il est aujourd'hui difficile de concevoir une pratique obstétricale de qualité sans la confrontation des informations détenues par chacun des acteurs

médicaux (obstétricien, S.F, anesthésiste et pédiatre). La contrainte du temps de chacun prend là toute son importance.

La place d'un enquêteur dans le contexte d'un accouchement, un moment intime et unique peut être gênante pour les parents et pour l'enquêteur.

### **III. Proposition de quelques axes d'amélioration**

Des efforts doivent porter sur l'organisation des locaux (vestiaire des obstétriciens, office alimentaire...). Il existe encore une grande marge de progression pour les thèmes : gestion des DM et de l'environnement, ainsi que la gestion des COPT et la gestion des périmés plus particulièrement. Nous aborderons ce chapitre par ordre d'axes d'amélioration prioritaires en prenant les mêmes items que le chapitre des résultats.

#### **3.1. Sécurité médicamenteuse avec gestion des périmés et des médicaments**

L'action prioritaire sera portée sur l'organisation du service par rapport aux nombreux périmés retrouvés lors de la visite de risque et la sécurité des médicaments.

Le pharmacien est responsable de la gestion, de l'approvisionnement, du contrôle, de la détention, de la dispensation et du bon usage des DMS.

Un travail en collaboration avec les équipes, la cadre, la direction doit être mise en œuvre afin de sécuriser les médicaments dans les salles d'accouchement. L'étude de coût pour l'achat de chariot sécurisé sera réalisée.

La cadre organise grâce à un calendrier prévisionnel annuel, la vérification mensuelle des périmés suivant le protocole de la clinique. Un rappel des bonnes pratiques pour les périmés sera faite sur la newsletter PCMP.

#### **3.2. Gestion du risque infectieux**

L'organisation en interne des déclarations des IAS est en place mais les médecins peinent à déclarer, les ISO ou IAS : « J'oublie », « Je ne sais pas ». Lors des pratiques déclarées, 4/11 des obstétriciens participent souvent à la surveillance des IAS avec 2/11 non concerné et 0/11 toujours.

Selon le professeur de management américain Peter Druker, «... la chose la plus importante en communication, c'est d'entendre ce qui n'est pas dit.. ».

Communiquer et présenter en staff les indicateurs du risque infectieux, peut-être une porte d'entrée pour les sensibiliser aux déclarations.

### **3.3. Gestion des DMS et DMNS**

L'objectif des observations des locaux est de comprendre l'organisation mise en place dans chaque service, de mettre en évidence certains dysfonctionnements qui permettraient d'identifier l'incompréhension et les difficultés de mise en application de ces recommandations.

#### **3.3.1. Entretien des dispositifs médicaux non stériles**

Lors de la visite des locaux sur un portant de chariot, on retrouve un traversin « propre » ou « sale »? On peut se poser la question de l'entretien de ce matériel. Tout matériel doit être nettoyé rapidement après utilisation pour éviter toutes contaminations et faire planer un doute sur le nettoyage du dispositif ou pas. La cadre rappellera les bonnes pratiques et la responsabilité de chaque professionnel sur l'entretien quotidien du matériel (chariot de soins, bassins, pilulier, ..), bonnes pratiques indiquées sur la fiche de poste des professionnels.

L'EOH doit travailler et sensibiliser les équipes sur l'entretien et le nettoyage du matériel en collaboration avec la pharmacie qui le met à disposition. Demander au service achat et avec les cadres, un cale bébé sur le pèse bébé et changement régulièrement des thermomètres de bain. Les thermomètres rectaux sont apportés le plus souvent par les parents ou prêtés si oubliés par la famille (dans ce cas le thermomètre est désinfecté systématiquement entre 2 utilisations).

On discutera avec les anesthésistes ou les pédiatres de l'entretien de leurs DMNS, type : stéthoscope (porté autour du coup).

Pour tout ce qui concerne les produits utilisés concernant l'entretien, il serait bon de rappeler et/ou formation sur la dilution des produits par immersion (lors des interviews 2/8 connue pour les sages-femmes, 5/8 pour les A.P.), de mettre à proximité le matériel permettant une désinfection de surface.

#### **3.3.2. Gestion des dispositifs médicaux stériles gérée sur le site**

Lors de la visite de risque nous retrouvons du matériel non immergé alors que le matériel doit subir un procédé d'entretien (stérilisation ou désinfection) approprié avant d'être réutilisé (Risque MCJ).[52]

Un travail sera fait en association avec la stérilisation sur une information des bonnes pratiques par l'intermédiaire du mémo-qualité diffusé tous les deux mois aux professionnels et notamment sur l'importance de l'immersion d'instruments et la traçabilité les renseignements MCJ...

### **3.3.3. Réserve de stockage et organisation des locaux**

Une organisation pour le stockage (cartons, sous l'évier, étiquetage, encombrement...) doit être structurée et répondre aux contraintes des bonnes pratiques (mélange de stockage des DM et des DMNS). Les modalités de stockage doit être améliorées de façon globale.

## **3.4. Bionettoyage**

### **3.4.1. Entretien des surfaces**

Un nettoyage de routine est nécessaire pour assurer un environnement visuellement propre et exempt de poussière et de saleté. La salle d'accouchement est en zone 4 (secteurs protégés) où toutes les surfaces horizontales doivent être nettoyées chaque jour avec une solution détergente/désinfectante. [11]

Des évaluations du bionettoyage grâce à une check- List avec un retour au prestataire régulièrement (poussière dans les lingeeries, salle non faite, tache sur les murs). L'EOH sensibilise le prestataire sur la traçabilité du bio nettoyage (fiche traçabilité vierge).

### **3.4.2. Entretien des locaux**

Le système de ventilation entretenue, du matériel propre et nettoyé réduit la contamination microbienne au minimum. Un travail sera fait avec l'équipe de maintenance sur l'entretien et la maintenance préventive des lave-bassins d'aspect visuel entartré et les cols de cygne, ainsi que le nettoyage des grilles de ventilation.

## **3.5. Les précautions standard**

Les PS doivent être appliqués lors des soins à tous les patients. Elles consistent à limiter le contact du personnel soignant avec toutes sécrétions, sang ou liquides biologiques. Les professionnels doivent porter des gants lors de tout contact et lorsqu'il y a un risque prévisible pouvant contaminé leur blouse ou visage, un masque, un tablier et une protection oculaire.

Les sages-femmes sont seules en salle de naissance et ont parfois une surcharge de travail qui fait qu'il peut y avoir des oublis sur certaines pratiques. Sensibiliser, la diffusion des résultats d'audit, des résultats de l'ICSHA toutes les années, des formations régulières telles que la formation de l'HDM en mai, une présence régulièrement de l'EOH sur le terrain, des évaluations pratiques régulièrement sur un seul soin permettrait d'éviter certains oublis et une remise à niveau régulier.

Organiser une chambre des erreurs dans une pouponnière, outil ludique permettant de sensibiliser les professionnels de santé à la pédagogie par l'erreur dans un contexte déculpabilisant. En insistant sur

l'importance de l'hygiène des mains lors du soin du cordon pour les parents qui n'est pas conseillée par le professionnel, la contamination de la tenue professionnelle, et le port d'EPI.

### **3.5.1. Hygiène des mains**

#### **❖ Zéro bijou**

L'observance zéro n'est pas totalement respectée pour toutes les catégories professionnelles (lors des déclarations de pratiques : 5/15 anesthésistes portent toujours un bijou, une montre ou alliance le plus souvent, 3/19 parfois pour les sages-femmes, 2/18 pour les A.P.) L'alliance et la montre sont les bijoux qui reviennent le plus souvent.

Lors de la journée d'hygiène des mains, l'EOH insistera d'une part sur la présence de bijou mais aussi sur certaines situations à risque, lors de certains gestes notamment avant la manipulation d'une VVP, ouvrir du matériel stérile. L'outil pédagogique sous forme de jeu de rôle ou une chambre des erreurs, sera peut-être à utiliser.

#### **❖ Hygiène des mains des parents**

Il faut inciter les parents et visiteurs à se laver les mains et les professionnels ont un rôle éducatif important. Une sensibilisation par l'EOH sera faite lors de la journée en Novembre 2019 auprès des usagers avec l'utilisation de l'outil pédagogique qui est la boîte à U.V. et des outils visuels (affiches, flyers,...).

#### **❖ ISCH3**

Les chiffres de l'ISCHA 3 sont un reflet des gestes quotidiens de tous les acteurs à l'hôpital. Les résultats sont affichés dans les services (11/22 des personnes interviewées connaissent l'indicateur) mais il faut communiquer les résultats, s'appuyer dessus pour sensibiliser le personnel sur la consommation au sein de leur service.

### **3.5.2. Equipements de protection individuelle**

#### **❖ Les tabliers**

Le port de tablier n'est pas réalisé. Lors de formation, une sensibilisation sur l'utilisation de tablier lors de soins potentiellement souillants (excréta, toilette) et le port de gants (juste avant les soins de cordon non sec, lors des changes et des actes d'entretien des surfaces) sera faite.

### ❖ Les masques chirurgicaux

Même s'il est porté après rupture de membranes en salle, on observe un certain nombre de professionnels portant le masque en bandoulière et ne le changeant pas au moment opportun... La manipulation du masque pour rappel altère son efficacité. Le masque est obligatoire pour la prévention de l'infection à Streptocoque du groupe A et pour toutes les infections à transmission rhinopharyngée. Le port du masque est requis dès la rupture des membranes pour tout geste obstétrical (TV, prélèvement vaginal...). Lors d'un toucher vaginal à membranes rompues (TVMR), le port du masque est obligatoire et ce dernier doit être mis avant l'hygiène des mains.

Un travail de sensibilisation des professionnels au port de masque et leur mise à disposition, notamment lors des épidémies saisonnières, ainsi que sur la sensibilisation du grand public et disponibilité du matériel permettra une meilleure observance des EPI.

### ❖ Les lunettes de protection

Lorsqu'il y a un risque de projection de sang ou de produits biologiques potentiellement contaminants, porter une tenue adaptée, cela englobe des lunettes ou masque à visière. Lors des interviews, tous les professionnels déclarent ne pas en mettre car non adapté.

Un travail pluridisciplinaire avec la pharmacie, la médecine du travail, l'EOH, la CSSCT et les professionnels sera à faire pour trouver le matériel adapté.

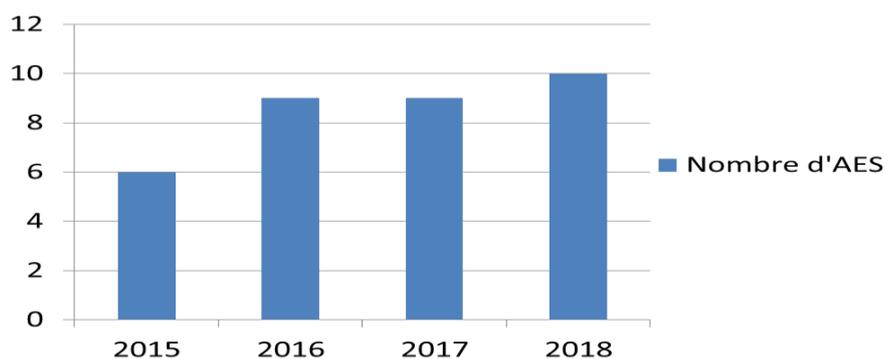
### 3.5.3. Accidents d'exposition au sang

La protection des professionnels passe par le respect des PS, l'utilisation de matériels de sécurité et la vaccination contre l'hépatite B suivie par la médecine du travail.

Certains professionnels regardent les résultats des patients et ne déclarent qu'en fonction de ceux-ci. Des comportements à risque sont observés lors de cette VDR. Il n'y a pas de protection du visage lors de l'accouchement, la fermeture intermédiaire des COPT n'est pas activée et la limite de remplissage dépassée.

Un travail avec les correspondants sera entrepris en septembre à l'aide d'une affiche rappelant les bonnes pratiques sur les COPT.

Une formation et une sensibilisation sont faites chaque année lors de la journée mondiale de l'hygiène des mains en collaboration avec la CSSCT. Pour chaque AES, le professionnel est vu automatiquement pour analyser les circonstances de l'accident et des actions sont menées en commun avec la médecine du travail, l'EOH, la CSSCT et la direction. Les nouveaux arrivants et les élèves sont sensibilisés dès leur arrivée par l'EOH sur ce thème. Le nombre de déclaration reste stable depuis quelques années. (Cf. schéma XIX).



***Schéma XIX : Nombre d'AES sur la clinique du Val d'Ouest de 2014 à 2018***

### **3.5.4. Gestion des excréta**

L'EOH se servira du retour de l'audit sur l'évaluation des bonnes pratiques d'utilisation des lavabos de notre établissement pour rappeler l'importance de l'utilisation des tabliers (8/19 sages-femmes ne protègent jamais leur tenue, 13/18 A.P. ne se sentent pas concernées). La communication se fera par affiches : « Excréta : Lancez l'alerte ! » du CPIAS ARA.

### **3.5.5. Les déchets**

Il conviendra de s'interroger sur la pertinence de garder l'un des locaux du 3<sup>ème</sup> sachant qu'on peut mettre dans un même local intermédiaire linge sale, DASRI et DAOM.

Un rappel sur les référentiels déchets au moment des visites de l'EOH dans les services et par la cadre sera fait. L'IDE hygiéniste s'aidera de la plaquette de tri « le bon geste pour trier » donnée à tous les professionnels (Cf. Annexe 15).

### **3.5.6. Le linge**

Le linge est un vecteur potentiel d'infection nosocomiale. Il peut être contaminant dans son circuit d'évacuation voire dans son circuit propre si les procédures ne sont pas respectées.

Dans certaines salles de naissance, le linge est partiellement défilmé et le stockage du gros matériel se fait dans la lingerie au 3<sup>ème</sup> étage (depuis mis dans une pouponnière transformée en local de stockage).

Un rappel des bonnes pratiques est fait régulièrement par la direction sur les circuits par mail ou dans « Il était une fois dans l'Ouest » (bulletin d'informations qui paraît tous les 2 mois).

## **3.6. Précautions complémentaires d'hygiène**

En complément des précautions standard, le personnel applique les PCH définies en fonction de l'agent infectieux et de l'infection sous prescription médicales.

La signalétique est connue par 11 professionnels sur 22. Il serait bon de refaire une formation sur les PCH en maternité au moment de la période hivernale par exemple et de rajouter d'autres microorganismes pathogènes tels la varicelle, le stépto A, la rougeole,...

Par l'intermédiaire du président du CLIN, en réunion de CME, et également en staff des obstétriciens, l'EOH fera un rappel sur les PCH et la prescription médicale.

### **3.7. Hygiène alimentaire**

Un travail en collaboration avec les responsables de la cuisine, la diététicienne, la direction, l'EOH sur le stockage et distribution des repas sera entrepris dès septembre par l'EOH.

Le stockage avec les palettes pour le lait et une température élevée dans le local, doit être pris en compte lors d'un travail avec la pharmacie et la cadre. La conservation du lait doit se faire dans des locaux adaptés, à température ambiante entre 15 et 25°C, sans grande amplitude de variation humidité entre 40 et 75%.

### **3.8. Techniques de soins**

#### **3.8.1. Toilette du nouveau-né**

Les A.P ont un rôle éducatif très important auprès des parents, concernant l'apprentissage de gestes contribuant à diminuer la survenue d'une infection pour le bébé. La restitution des résultats de cet audit auprès de l'ensemble des professionnels a permis d'échanger sur leurs pratiques et cette fonction d'accompagnement parental (hygiène des mains).

La pouponnière étant un lieu à haut risque de transmission croisée des germes, l'hygiène des mains reste un élément majeur de prévention. A ce titre, l'équipement en SHA a été renforcé. Enfin, l'élaboration de supports de communication à l'intention des parents (affiches à l'entrée de la pouponnière et dans les chambres) ont permis de compléter les actions mises en œuvre.

#### **3.8.2. Les TV**

Les TV après rupture des membranes sont des actes à haut risque infectieux. Ils doivent ainsi être limités en cas de rupture des membranes : six TV au maximum. La préparation-périnéale avant ces actes est une des mesures essentielles pour la prévention des endométrites et des abcès périnéaux. Les recommandations stipulent qu'une toilette vulvo-périnéale est requise lors du 1er TV après la rupture des membranes. Or, ces recommandations ne sont pas systématiquement respectées. En effet, la toilette est non réalisée 12 fois sur les 17 observations. Les sages-femmes disent leurs des pratiques déclarées demander aux parturientes de se doucher dans leur chambre quand elles sont hospitalisées, mais toutes ne sont pas hospitalisées et il n'y a pas de douche à disposition dans ce service.

Les TV suivants devant être précédés d'une antiseptie en 2 temps (sous réserve de l'absence de souillures). Les pratiques lors des observations (17/17 réalisation de l'antiseptie vulvo-vaginale avant chaque TV) sont bonnes mais un biais est à soulever car le critère ne spécifie pas « des gants stériles aux deux mains ». Lors de 2 observations, la S.F a gardé le deuxième gant sur la table de soins dans son emballage pour l'utiliser à un autre TV 1 heure après. La transmission des germes par contact direct ou indirect est facilitée par des défauts de mesures d'hygiène à partir de la rupture des membranes comme la contamination de l'environnement, l'absence de port de masque chirurgical (17/17 des observations le masque chirurgical est porté) et mauvaise utilisation du matériel en salle d'accouchement.

Une formation sera organisée par l'EOH afin de rappeler les bonnes pratiques à l'aide de l'affiche pour le TVMR du CPIAS ARA en insistant sur l'utilisation des gants stériles, l'importance des prérequis et le nettoyage de l'environnement.

### **3.8.3. Sondage évacuateur**

L'EOH insistera lors de la formation sur les pratiques à l'utilisation de champs fendu et de champs (n : 3/14).

## **IV. Planification des actions correctives**

### **4.1. Restitution des résultats**

Le retour des résultats est une étape importante pour l'ensemble de l'équipe auditée. Cela permet de résumer les points positifs montrant aux équipes la cohérence de leur pratique. Mais aussi, les points négatifs pour mettre en évidence la marge de progression dans la qualité des soins en gardant l'objectif le patient. L'IDE hygiéniste passe exposer lors de la relève de 14h, les résultats sous forme de fiches (Cf. Annexe 16).

La conformité et la non-conformité seront expliquées pour les critères présentés.

### **4.2. Calendrier**

Un travail en collaboration avec les correspondants et la cadre de santé a été décidé dans les mois à venir (détail de ces formations au plan de formation 2020 des services évalués et dans la cartographie). Cette visite de risques a fait émerger des points critiques qui nécessitent un soutien de l'institution pour permettre une application de certaines recommandations. Pour les points à améliorer que nous venons de préciser, on remarque qu'il y a des actions facilement réalisables.

Un calendrier pour planifier toutes les actions correctives est établi avec la participation des correspondants et de la cadre de santé du service. Les actions correctives sont programmées suivant

des périodes s'étalant sur le court, moyen et long terme. On définira la responsabilité de chacun pour mener le programme d'actions à son aboutissement.

A ce jour, l'EOH a diffusé son rapport de la visite de risque, la proposition d'actions correctives ainsi que le plan de mise en œuvre doivent être présentés en réunion de CLIN le 12 septembre 2019.

Planning des actions	Juin	Juillet	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	2020
<b>Retour résultats :</b>							
Aux équipes							
Au staff obstétriciens							
A la CME							
Au CLIN							
Réunion correspondants							
<b>Actions correctives :</b>							
Réunion pour le Stockage							
Suivi des périmés							
Sécurisation médicaments : achat chariot							
Réunion organisation alimentaire et BP							
Réunion Groupe AIR/EAU : carnet sanitaire							
<b>Formation :</b>							
Formation power point : EPI, PCH							
Fiche TV et SE							
Campagne grippale							
Chambre des erreurs							
Fiche mémo sur la stérilisation							
Journée HDM							
Semaine sécurité des patients							

**Tableau VIII : Actions correctrices : gestion de projet avec suivi des actions.**

Quoi ?	Qui ?	Message / Comment ?	Quand ?
HDM	EOH	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer l'observance de l'HDM des professionnels</li> <li>• Améliorer la consommation des PHA du service</li> <li>• Contribuer à une sensibilisation du personnel à ses propres opportunités de friction</li> <li>• Déterminer un nombre moyen d'opportunités/journées d'hospitalisation (JH) propre au service (qui peut servir à définir un objectif en termes de nombre de frictions/JH pour le service)</li> <li>• Apporter une information orale sur l'hygiène des mains au patient dès son accueil afin de l'impliquer dans sa propre prise en charge</li> <li>• Engager les soignants et les futurs professionnels au respect des bonnes pratiques d'hygiène des mains et les impliquer dans une action d'éducation préventive via cette communication (communication engageante)</li> </ul>	Accueil des nouveaux arrivants, journée d'hygiène des mains, semaine sécurité des patients, dans les services de façon inopinée, lors de la visite de nuit
EPI/ PCH	EOH	Sensibilisation des professionnels au port de masque et leur mise à disposition, notamment lors des épidémies saisonnières, ainsi que sur la sensibilisation du grand public et disponibilité du matériel permettra une meilleure observance des EPI.	De septembre à Novembre 2019 pour la campagne grippale, semaine sécurité patient, et en mai 2020 lors de la journée d'hygiène des mains
AES	Correspondants Explication à la réunion des correspondants	COPT fermeture intermédiaire non activée et limite de remplissage dépassée	Septembre 2019
EXCRETA	EOH Maintenance	Audit sur les dispositifs de recueil des excréta du CPIAS Affiche les résultats Juillet 2019 – septembre 2019 avec une sensibilisation par l'EOH. Maintenance : voir pour l'entretien préventif de lave-bassins	Mai 2019- Octobre 2019  Septembre 2019
Sécuriser les médicaments et péremption	Cadre, Pharmacie, Direction et l'EOH	Organisation de la vérification des péremptions et achat de chariots sécurisés Stockage du lait avec température	Début Juillet 2019

# CONCLUSION

L'hôpital est un lieu social où les problèmes d'hygiène ont de multiples aspects : matériels, comportementaux, organisationnels et culturels, ... et relèvent de la responsabilité de ceux qui y travaillent. Chacun doit contribuer à faire comprendre et respecter les règles qui permettront d'obtenir et de maintenir un niveau d'hygiène compatible avec les exigences des soins hospitaliers. Des nouveaux outils d'évaluation tels que la VDR permet d'évaluer les pratiques et constitue un outil de travail à part entière.

Les objectifs de cette VDR en maternité étant d'évaluer les niveaux de conformité des pratiques de prise en charge des patients, par rapport aux référentiels existants, de proposer des actions d'amélioration après avoir identifié les causes de non application des recommandations de bonnes pratiques sont atteints.

Il faut rester vigilant et travailler quotidiennement sur la gestion et prévention du risque. Chacun doit trouver sa place et le cadre de santé doit manager avec « qui fait quoi ? » grâce aux fiches de postes, aux protocoles à jour, ... L'organisation et les pratiques professionnelles au sein d'un établissement de santé représentent le socle de la sécurité.

À ce titre, et en respect des textes réglementaires, chaque professionnel de santé exerçant en maternité devrait être intégré dans une démarche globale et collective d'amélioration des pratiques médicales et soignantes et à la réalisation des évaluations de pratiques professionnelles. Le but étant de retentir sur les pratiques et de maintenir un dispositif assurant l'identification et l'évaluation des vulnérabilités afin de mettre en place les actions permettant de les réduire.

L'EOH est bien consciente que chaque service est unique et qu'il faut dire et redire, faire et refaire, s'adapter, montrer, écouter, mesurer tout en gardant pour objectif, le suivi des recommandations nationales. C'est un travail qui se construit dans la durée et la confiance avec des équipes pluridisciplinaires en perpétuel mouvement et dans une collaboration sereine en créant un dynamisme entre le terrain et l'EOH. Agir sur les infections associées aux soins nécessite la participation de l'ensemble de l'équipe en accord avec l'organisation du service et la politique de l'établissement et un respect des bonnes pratiques en hygiène, mesures de base de la prévention : l'hygiène des mains, hygiène et entretien de l'environnement, désinfection du matériel, utilisation des antiseptiques,... Pour cela, l'EOH s'appuie sur une équipe de correspondants formés et motivés. Elle doit changer régulièrement de mode de formation afin de maintenir l'intérêt des professionnels. Cette formation doit être intégrée dans le planning des participants et considérée comme un temps de travail.

La VDR est un outil d'évaluation du risque infectieux associé aux surveillances tels que les indicateurs, les déclarations événements indésirables, et aux formations permet une meilleure maîtrise du risque infectieux et donc de tendre vers la réduction les infections associés aux soins.

# TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Plan des étages de CVO

Annexe 2 : Le réseau AURORE

Annexe 3 : Planning de la visite de risque

Annexe 4 : Guide de l'enquêteur

Annexe 5 : Grilles de recueil pour les auto-questionnaires des différentes catégories

Annexe 6 : Grilles de recueil pour les interviews

Annexe 7: Planning pour les interviews

Annexe 8 : Grilles de recueil documentaire

Annexe 9 : Les 3 Grilles des Evaluations de Pratiques

Annexe 10 : Information fourni aux parturientes

Annexe 11 : Résultats de l'indicateur de consommation de SHA en service de maternité

Annexe 12 : Affiche signalétique des PCH

Annexe 13 : Fiche du CPIAS sur le sondage évacuateur

Annexe 14 : Fiche du CPIAS sur le toucher vaginal

Annexe 15 : « Je réfléchis autrement à mon tri »

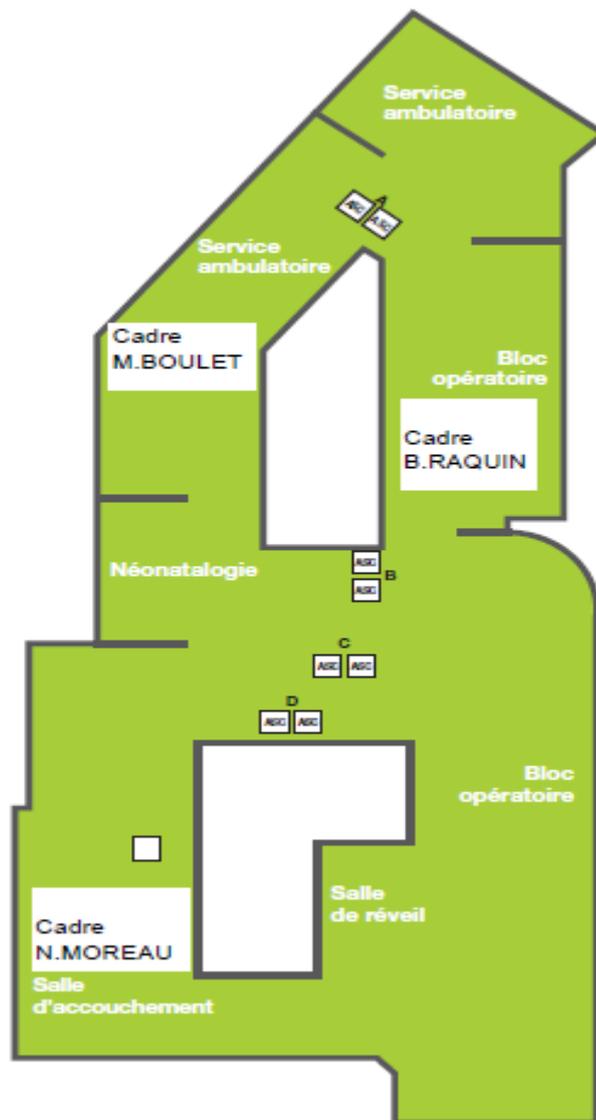
Annexe 16 : Affiche de restitution des résultats de la visite de risque aux équipes

Certains documents restent confidentiels et ne doivent pas être divulgués.

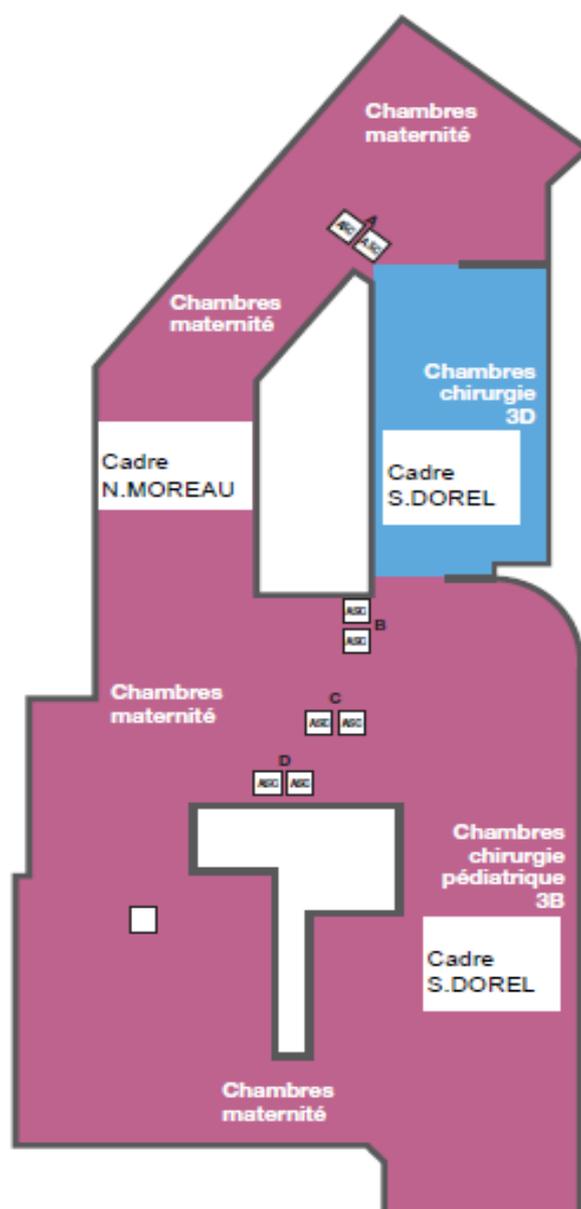
Annexe 1 : Plan des étages de maternité de la Clinique du val d'Ouest



**ÉTAGE 2**



## ÉTAGE 3



## Annexe 2 : Réseau AURORE

### Les structures du Réseau AURORE

**LEGENDES**

- Centre périnatal de proximité
- Maternités
- Maternités avec service de néonatalogie
- Maternités avec service de réanimation néonatale
- Réseaux de proximité

**AIN**

- Clinique Mutualiste - Ambérieu en Bugey
- Centre Hospitalier Holyard - Bourg-en-Bresse
- Centre Hospitalier du Haut Bugey - Oyonnax

**ARDÈCHE**

- Centre Hospitalier Ardèche Méditerranée - Aubenas
- Hôpital Privé Drôme Ardèche - Guilhaumard Granges
- Centre Hospitalier des Vals d'Ardèche - Privas
- Centre périnatal - Tournon

**DROME**

- Centre périnatal - Crest
- Centre Hospitalier - Dio
- Centre Hospitalier - Montélimar
- Hôpitaux Drôme Nord - Romans
- Centre Périnatal de Saint Vallier (HDN Romans)
- Centre Hospitalier - Valence

**ISÈRE**

- Centre Hospitalier Pierre Quodot - Bourgoin-Jallieu
- Clinique Saint-Vincent de Paul - Bourgoin-Jallieu
- Centre périnatal - Rent de Beauvoisin
- Centre périnatal - Roussillon
- Centre Hospitalier Lucien Muzel - Vienne

**RHONE**

- Centre périnatal - L'Abrazole
- Polyclinique du Beaujolais - Arnas
- Hôpital Femme Mère Enfant - Siron
- Clinique du Val d'Ouzon - Ecufly
- Centre Hospitalier de Givors
- Hôpital de la Croix-Rouge - Lyon 4ème
- Centre Hospitalier St Joseph - St Luc - Lyon 7ème
- Hôpital Privé Nautica - Lyon 9ème
- Centre Hospitalier Lyon Sud - Pierre Bénite
- Clinique Lyon Nord - Réseau la Paque
- Centre Hospitalier - Sainte Foy les Lyon
- Centre périnatal - Tarare
- Clinique de l'Éclair - Vaux en Velin
- Groupe Hospitalier Mutualiste des Portes du Sud - Villeurbanne
- Hôpital Nord Ouest - Villefranche sur Saône
- Clinique du Tonkin - Villeurbanne

**AUTRES RÉSEAUX :**

- Réseau périnatal Alpes Isère (DPM) autour de Grenoble
- Réseau périnatal des Deux Savoies (DPS) autour de Chambéry
- Réseau périnatal Loire Nord Ardèche (LUNA) autour de Saint-Étienne

Toutes les structures ayant une activité obstétrico-pédiatrique ont l'obligation de travailler à l'intérieur d'un réseau. Il existe 4 réseaux\* rhône-alpins, dont le Réseau AURORE.

Retrouvez toutes les coordonnées des structures sur le site : [www.aurore-perinat.org](http://www.aurore-perinat.org)

Le site internet est aussi à votre disposition pour des informations et des conseils pratiques. Contact : aurore-perinat@chu-lyon.fr

C'est bon de se savoir bien entourés pour la naissance...

**Aurore**

**Éclair**

Les réseaux de santé qui accompagnent la naissance et le développement de l'enfant

[www.aurore-perinat.org](http://www.aurore-perinat.org)

### Le Réseau AURORE peut répondre à vos questions

[www.aurore-perinat.org](http://www.aurore-perinat.org)

**Le Réseau veille autour de vous** un ensemble d'établissements publics et privés, ainsi que des professionnels de santé libéraux et de PMI, des associations de parents et de professionnels.

Le rôle du réseau est de coordonner les actions des professionnels et d'informer les parents. Il garantit, à travers une charte, la qualité du suivi de votre grossesse et de la naissance de votre enfant.

90% des grossesses se déroulent normalement. Tous les matériels du réseau peuvent vous accueillir. Ils travaillent en liaison les uns avec les autres et vous offrent toutes des soins adaptés à votre situation, avec une équipe d'obstétriciens, de sages-femmes, d'anesthésistes, de pédiatres et de puéricultrices. Certaines sont équipées d'un service de néonatalogie (soins au nouveau-né à risque) et d'autres ont un service de réanimation pour le bébé et la mère.

Le lien entre tous les acteurs de la naissance de votre région

- Maternités
- Gynécologues, Obstétriciens
- Echographistes
- Anesthésistes
- Sages-femmes
- Pédiatres, Néonatalogues
- Médecins généralistes
- Psychologues, Psychiatres
- PMI
- Associations de parents
- Réseaux de proximité
- Puéricultrices

Les professionnels se connaissent, échangent des informations, se forment, mettent en commun leurs expériences et leurs compétences au cours de réunions régulières afin d'optimiser continuellement le suivi de votre grossesse.

**Concertation Qualité Liens**

Si je suis transférée ou si mon bébé est transféré, qu'est-ce que ça change ?

Quelle que soit la maternité où vous accouchez, nous sommes organisés pour que vous ou votre enfant puissiez bénéficier d'une prise en charge adaptée. Si votre état ou celui de votre bébé nécessite une surveillance renforcée ou si votre maternité n'a plus de place, vous pouvez être transférés vers une structure partenaire. Pour votre enfant, le lieu d'hospitalisation sera déterminé en fonction de ses besoins et des possibilités d'accueil. Dans la mesure du possible, vous serez accueilli dans le même établissement que votre enfant.

**Éclair** : les enfants hospitalisés à la naissance pour prématurité ou problèmes sérieux doivent être suivis régulièrement pour évaluer leur développement et leur proposer une prise en charge adaptée si nécessaire. Éclair permet de coordonner l'organisation de ce suivi entre les services de néonatalogie, les pédiatres libéraux et la PMI jusqu'à 7 ans.

**Annexe 3 : PLANIFICATION**

- Date de la visite dans le service les 16 et 18 AVRIL 2019 -

	Service de maternité : établissement	EOH
J - 2 mois		Demande de la visite de risque au cadre, direction, DSI
		Préparation des questionnaires et choix de la date
J - 1 ½ mois	Envoie des questionnaires à la cadre pour le personnel	Intervention au staff obstétrical pour communiquer
J - 1 mois		Recensement des documents, Préparation des grilles d'observation des pratiques
J - 1 jours	Valider le planning des entretiens des professionnels	
J O	Visite de risques et locaux secteur maternité Réunion de restitution	
J + 1 ½ mois		Envoi du rapport de visite

## **Annexe 4 : Guide de l'enquêteur - Visite de risque à la maternité sur l'établissement de la Clinique du val d'ouest**

### ***Guide méthodologique***

#### **1. INTRODUCTION**

La prévention des infections associées aux soins est un enjeu majeur de la qualité et de la sécurité des soins aux patients, inscrite dans le programme de prévention des infections associées aux soins 2015 (Propias).

Il est notamment demandé aux établissements de santé de développer une culture de qualité et de sécurité des soins en utilisant des outils de gestion des risques adaptés.

La visite de risque est l'un des outils proposés par la HAS (Haute Autorité de Santé). Elle fait partie des démarches à priori de repérage et d'évaluation des risques par comparaison à un référentiel. Il permet d'évaluer les pratiques et les organisations, de mesurer les écarts entre la pratique réelle observée et la pratique attendue ou recommandée.

La visite de risque proposée ici permet d'évaluer la prévention du risque infectieux dans le service de maternité de l'accouchement à la suite de couche. Elle associe plusieurs approches (audit mixte) :

- Des entretiens avec les professionnels
- L'observation sur le terrain des pratiques professionnelles
- Observation des locaux
- La consultation des ressources documentaires

Elle permet de réaliser un état des lieux de la gestion du risque infectieux et ainsi améliorer l'organisation et les pratiques autour de cette thématique transversale.

#### **2. Objectifs :**

- Réaliser un état des lieux de la prévention du risque infectieux lié aux pratiques professionnelles et à l'environnement dans une unité de soins de maternité et une unité obstétricale afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins.

- Evaluer les niveaux de conformité des pratiques liées à la prise en charge du patient, par rapport aux recommandations de bonnes pratiques en matière de prévention du risque infectieux.

- Identifier les points forts et les points à améliorer dans l'organisation de l'activité du service et dans les pratiques professionnelles, afin de proposer des mesures permettant de les améliorer.

- Définir, mettre en place et de suivre un plan d'actions d'amélioration

#### **3. Méthode :**

Il s'agit d'un audit mixte réalisé dans le service directement :

- Entretiens avec les professionnels
- Observation des pratiques et locaux

- Consultation documentaire

a. Champs d'application

- ✓ Service : Service de la salle de naissance et service de maternité de la clinique du val d'ouest
- ✓ Professionnels concernés : médecins anesthésiste réanimateur, obstétriciens, sages-femmes, cadres de santé, infirmiers et infirmiers spécialisés, auxiliaires de puériculture.
- ✓ Patiente : ayant accouchée par voie basse dans le mois d'Avril.

b. Organisation

➤ Des grilles sont disponibles :

- Une grille d'auto-questionnaire par catégorie professionnelle (annexe 6)
- Une grille d'entretien avec les professionnels (annexe 1)
- Une grille d'observation par acte observé (annexes 2 et 3)
- Une grille de consultation documentaire (annexes 4)
- Une grille d'observation des locaux (annexe 5)

Elles sont accompagnées d'un « guide de l'auditeur » (annexe 7)

➤ Entretien avec les professionnels :

- Au moins une personne par catégorie professionnelle sera interrogée dans chaque service.
- Le taux de conformité sera exprimé selon le nombre de personnes interrogées.
- Remplir une fiche par professionnel interrogé.
- Estimation du temps nécessaire pour l'entretien par professionnel : 20 minutes
- Critères évalués :
  - Organisation de la prévention des infections associées aux soins.
  - Précautions standard.
  - Précautions complémentaires.
  - Soins invasifs
  - Entretien des dispositifs médicaux
  - Bionettoyage.
  - Gestion des excréta.
  - Soins de nursing
- Modalités de remplissage :
  - ✓ Numéro de fiche :
  - ✓ Les numéros sont à attribuer au moment de la réalisation de la visite.
  - ✓ Service : Renseigner le nom du service (maternité ou salle d'accouchement).
  - ✓ Fonction du professionnel évalué :

Des professionnels de chaque catégorie représentés dans le service peuvent être interrogés, hors étudiants (externes, élèves infirmiers, élèves aides-soignants...).

✓ **Éléments attendus :**

La colonne « éléments attendus » prend en compte les recommandations nationales.

✓ **Comment répondre ?**

Pour chaque question posée :

- Cocher « Conf » (conforme) si la réponse est conforme aux éléments attendus et complète (les éléments attendus sont proposés dans une case, cocher au fur et à mesure).

- Cocher « Nconf » (non conforme) si la réponse n'est pas conforme aux éléments attendus ou incomplète.

- Cocher « NA » (non applicable) si le critère n'est pas applicable (exemple : professionnel non concerné par le critère, soin non réalisé dans le service).

- Commentaires : Une colonne « commentaires » est laissée à disposition pour la personne qui réalise l'évaluation.

➤ Observation et documentation :

- Modalités d'utilisation de la grille d'observation et consultation documentaire
- Remplir une grille.
  
- Noter les réponses en fonction de ce qui est observé ou des documents disponibles.
  
- Estimation du temps pour l'observation : 45 minutes minimum.
  
- Critères évalués :
  - ✓ Organisation de la prévention des infections associées aux soins.
  - ✓ Précautions standard. Précautions complémentaires.
  - ✓ Soins invasifs. Entretien des dispositifs médicaux et bionettoyage.
  - ✓ Gestion des excréta.
  - ✓ Gestion des déchets.
  - ✓ Gestion du linge.
  - ✓ Maitrise du risque lié à l'eau.
  - ✓ Maitrise du risque infectieux lié à l'alimentation.
  
- Modalités de remplissage de la grille :
  - ✓ Numéro de fiche :
  - ✓ Éléments attendus : La colonne « éléments attendus » prend en compte les recommandations nationales
  - ✓ Comment répondre ?
    - o Cases vides :
      - Cocher « Conf » (conforme) si la réponse est conforme aux éléments attendus et complète

- Cocher « Nconf » (non conforme) si la réponse n'est pas conforme aux éléments attendus ou incomplète.
- Cocher « NA » (non applicable) si le critère n'est pas applicable (exemple : soin non réalisé dans le service).

➤ Evaluation des pratiques professionnelles :

Audit d'observation de certains gestes à risque retrouvés en maternité avec une grille à remplir pour chaque geste. Le nombre d'observation demandé sera au prorata du nombre de personnel du service.

- En service :
  - Evaluation de certains gestes à risque infectieux pour les professionnels et les parents lors de la toilette du nouveau-né en pouponnière. Plusieurs critères tels que l'hygiène des mains, toilette génitale, soin du cordon, entretien des dispositifs.
- En salle d'accouchement
  - Sondage évacuateur
  - Toucher vaginal avant ou après une rupture des membranes
- Modalités de remplissage de la grille :
  - ✓ Numéro de fiche :
  - ✓ Eléments attendus : La colonne « éléments attendus » prend en compte les recommandations nationales
  - ✓ Comment répondre ?

o Cases vides :

- Cocher « Conf » (conforme) si la réponse est conforme aux éléments attendus et complète (une case permettant de cocher les éléments attendus au fur et à mesure sont proposées).
- Cocher « Nconf » (non conforme) si la réponse n'est pas conforme aux éléments attendus ou incomplète.
- Cocher « NA » (non applicable) si le critère n'est pas applicable (exemple : soin non réalisé dans le service).

c. Mise en œuvre de la visite de risque

- Coordination et auditeurs de l'audit : Le coordonnateur de l'audit est l'infirmière hygiéniste membre de l'EOH.

La coordination de l'audit consiste à :

- Informer la direction de l'établissement et les instances du déroulement de l'audit.
- Déterminer la composition de l'équipe projet et la coordonner.
- Organiser les différentes étapes de l'audit.
- S'assurer de la validation des fiches.

- S'assurer de la présentation des résultats selon le champ de l'audit au cadre de santé du service.

L'implication de l'encadrement est essentielle dans la préparation de l'évaluation, la restitution des résultats, la mise en œuvre et le suivi des actions d'amélioration qui pourront être proposées.

#### 4. Résultats

##### a. Analyse des données :

La saisie des données est réalisée par le coordonnateur de l'audit.

Un outil de saisie Excel.

##### b. Restitution des résultats et plan d'actions

La réunion de restitution orale est planifiée après l'évaluation le jour même à chaud auprès de l'encadrement puis une autre restitution sera faite idéalement dans le mois suivant. Tous les professionnels concernés sont alors invités à y participer.

Elle a pour but de communiquer les principaux éléments relevés lors de l'évaluation (points forts, points à améliorer), et de déterminer des axes d'amélioration.

Un plan d'actions est établi avec l'équipe. Les actions retenues sont ensuite contractualisées entre les différents acteurs concernés (service, encadrement, EOH, direction...) et font l'objet d'un suivi (pilote, échéancier).

Le plan d'actions est intégré au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement (PAQSS). Il est présenté aux instances (CLIN, CME...).

## Annexe 5 : Grilles des auto-questionnaires

### **1. Auto questionnaire sur les pratiques des auxiliaires puéricultrices**

L'équipe d'hygiène vous demande et remercie de répondre anonymement à ce questionnaire afin de préparer la visite de risque pour le service de maternité les 15 et 16 Avril 2019.

Ce questionnaire est à rendre au cadre avant le 28 MARS 2019.

<b>Précautions standard</b>	Non Concerné	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Je pratique une désinfection des mains avec du produit hydro alcoolique après retrait des gants					
J'utilise systématiquement le gel hydro alcoolique en première intention entre deux patients					
Je pratique une désinfection des mains avec du produit hydro alcoolique avant d'ouvrir du matériel stérile					
Je me lave les mains après le décartonnage du matériel					
Je porte des bijoux aux mains ou poignets					
Je porte des gants à usage unique si contact avec produit biologique					
Je protège ma tenue quand j'évacue des urines dans le lave bassin					
En cas de toux ou d'herpès chez la maman, je lui conseille de porter un masque pour l'allaitement et les soins de son enfant					
Je porte un masque chirurgical quand je suis enrhumée					
<b>Port d'équipement de protection individuelle</b>					
Je porte une protection à usage unique pour la toilette d'un nouveau-né					
Je porte des gants pour éliminer le matériel souillé					
Je porte un tablier pour servir les repas					
<b>Entretien des locaux (pouponnière, salle de réanimation bébé)</b>					
Je réalise systématiquement une désinfection des surfaces hautes en début de journée					
Je réalise systématiquement une désinfection des surfaces hautes entre deux patients					
<b>Hygiène des bébés</b>					
Je pratique une désinfection du cordon à chaque fois qu'il y a des selles dans la couche					
Je désinfecte mon thermomètre au moins une fois par jour					
<b>Protocoles</b>					
Je consulte les protocoles sur le siqweb					
<b>En cas d'accident d'exposition au sang</b>					
Je déclare systématiquement l'AES					
Je regarde les résultats du patient source et je ne fais rien					

## 2. Auto questionnaire sur les pratiques des sages-femmes

L'équipe d'hygiène vous demande et remercie de répondre anonymement à ce questionnaire afin de préparer la visite de risque pour le service de maternité les 15 et 16 Avril 2019.

Ce questionnaire est à rendre au cadre avant le 28 MARS 2019.

<b>Hygiène des mains</b>	Non Concerné	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Je pratique une désinfection des mains avec un produit hydro alcoolique après retrait des gants					
Je réalise une désinfection des mains avec un produit hydro alcoolique avant chaque TV					
J'utilise le gel hydro alcoolique en première intention entre chaque patiente					
Je réalise une désinfection des mains avec un produit hydro alcoolique avant de manipuler une VVP					
Je pratique une désinfection des mains avec un produit hydro alcooliques avant d'ouvrir du matériel stérile					
Je me lave les mains après le décartonnage du matériel					
Je porte des bijoux aux mains ou poignet					
Je protège ma tenue quand j'évacue des urines dans le lave bassin					
Je porte un masque chirurgical en systématique lorsque j'examine une patiente après rupture des membranes					
Je porte des lunettes au moment de l'expulsion					
En cas de toux ou d'herpès chez la maman, le lui conseille de porter un masque pour l'allaitement et les soins de son enfant					
Je porte un masque chirurgical quand je suis enrhumée					
<b>Toucher vaginal</b>					
Je limite le nombre de toucher vaginal					
Je pratique une désinfection vulvopérinéale avant chaque TV					
<b>Sondage vésicale</b>					
J'utilise un set de sondage					
Je respecte le sondage en système clos					
J'incite les patientes à faire elle-même leur toilette vulvo- périnéale dès que possible					
<b>Voie Veineuse Périphérique</b>					
Je porte des gants pour poser une VVP					
Je désinfecte avec un antiseptique la peau avant la pose d'une VVP					

Je respecte le temps de séchage spontané de l'antiseptique					
<b>En cas d'accident d'exposition au sang</b>					
Je consulte les protocoles sur le siqweb					
Je déclare l'AES					
Je regarde les résultats du patient source et je ne fais rien si les sérologies sont négatives					
J'élimine immédiatement les objets piquants tranchants souillés au plus près du soin dans un collecteur adapté					
J'active systématiquement ma fermeture provisoire du collecteur d'aiguille					
Il m'arrive de recapuchonner les aiguilles souillées					

### 3. Auto questionnaire sur les pratiques des obstétriciens

L'équipe d'hygiène vous demande et remercie de répondre anonymement à ce questionnaire afin de préparer la visite de risque pour le service de maternité les 15 et 16 Avril 2019.

Ce questionnaire est à rendre au cadre avant le 28 MARS 2019.

<b>Précautions standard</b>	Non Concerné	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Je pratique une désinfection des mains avec un produit hydro alcooliques en priorité					
Je réalise une friction lorsque je quitte les gants					
Je porte des bijoux aux mains ou poignet					
Je porte des lunettes de protection en salle					
Je porte un masque chirurgical en systématique lorsque j'examine une patiente					
Je suis attentif au respect de la tenue					
<b>En consultation</b>					
Je demande une dépilation systématique					
Je prescris un dépistage de la colonisation urinaire par ECBU					
Je prescris une douche avec savon doux					
<b>Surveillance</b>					
Je participe à la surveillance des infections associées aux soins (ISO)					

Je déclare chaque ISO					
Je connais les protocoles des précautions complémentaires d'hygiène (PCH) de l'établissement					
Je prescris les PCH					
J'utilise une gaine à usage unique stérile pour la sonde d'échographie					
Je réalise une désinfection de surface de la sonde après retrait de la gaine					
<b>Conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang</b>					
Je connais la conduite à tenir dans l'établissement					
Je déclare systématiquement l'AES					
Je regarde les résultats du patient source et je ne fais rien					
J'élimine immédiatement les objets piquants tranchants souillés au plus près du soin dans un collecteur adapté					
Il m'arrive de recapuchonner les aiguilles souillées					

#### **4. Auto-questionnaire sur les pratiques des Médecins Anesthésistes Réanimateur**

L'équipe d'hygiène vous demande et remercie de répondre anonymement à ce questionnaire afin de préparer la visite de risque pour le service de maternité les 15 et 16 Avril 2019.

Ce questionnaire est à rendre au cadre avant le 28 AVRIL 2019.

<b>Lors de la pose de voie veineuse périphérique</b>	Non Concerné	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Je pratique une désinfection des mains avec du produit hydroalcoolique					
Je porte des gants à usage unique					
Je réalise l'antisepsie avec un antiseptique alcoolique					
J'élimine immédiatement les objets piquants tranchants dans un collecteur adapté					
Je réalise une hygiène des mains après l'ablation des gants					
<b>Anesthésie</b>					
J'utilise un plateau d'anesthésie à patient unique					
Je partage les ampoules ou flacons de produits anesthésiques entre plusieurs patients					
Je prépare mes seringues de produits anesthésiques à l'avance (attente > 30 minutes)					
<b>Antibioprophylaxie</b>					

Je prescris l'antibioprophylaxie lors de la consultation pré anesthésie					
J'adapte la posologie en fonction de l'IMC					
Je fais mon injection d'antibiotique après le clampage du cordon lors d'une césarienne					
Je manipule les lignes veineuses avec une compresse stérile et un antiseptique alcoolique					
Je trace la réalisation de l'antibioprophylaxie dans le dossier avec la posologie/nom de l'antibiotique et l'heure					
<b>En cas d'accident d'exposition au sang</b>					
Je connais la conduite à tenir dans l'établissement					
Je déclare systématiquement l'AES					
Je regarde les résultats du patient source et je ne fais rien					

**Annexe 6 : Grilles de recueil pour les interviews**

**1. Fiche d'interview pour les professionnels médicaux**

Critères	Éléments attendus par le personnel interviewé	Conforme	Non conforme	N. A	Commentaires
A - Organisation de la prévention du risque infectieux associé aux soins					
A1 - Connaissez-vous l'équipe opérationnelle d'hygiène ?	Nomme au moins un membre de l'EOH				
A2 - Connaissez-vous le(s) correspondant(s) en hygiène de votre unité ?	Nomme-le(s) correspondant(s) en hygiène, ou sait où trouver l'information				
A3- Savez-vous où trouver la documentation relative à l'hygiène	Montre le siqweb				
A4 - Savez-vous comment signaler les infections associées aux soins ?	Explique comment et à qui signaler une IAS				
A5 - Pensez-vous que toutes les infections associées aux soins doivent être déclarées ?	Sait que toutes les IAS doivent être signalées				
B – Précautions standard (PS)					
B1 - Quelles sont les règles à respecter pour avoir une tenue professionnelle conforme et les prérequis pour assurer une bonne hygiène des mains ?	Cite : absence de tenue civile ou tenue civile à manches courtes recouverte par une tenue professionnelle propre, manches courtes, cheveux longs ou mi- longs attachés, absence de bijoux aux mains et poignets, ongles courts et nus.				
B2 - Lors des soins, avez-vous un produit hydro-alcoolique au plus près du soin ?	Déclare avoir un PHA avec lui dans la chambre pour les soins (ou il y en a un dans la chambre en permanence)				
B3 - A quels moments réalisez-vous un geste d'hygiène des mains ?	Cite: avant et après tout soin ou tout contact direct avec un patient/résident ou son environnement, entre un soin contaminant et un soin propre chez un même				

	patient, entre 2 patients, avant de mettre les gants et après les avoir retirés.				
B4 - Connaissez-vous l'indicateur ICSHA de votre unité ?	Donne un résultat approximatif de l'ICSHA de son service.				
B5 - Où est affichée la conduite à tenir en cas d'AES et le kit ?	Montre l'affiche ou indique où elle se trouve.				
B6 - Quelles sont les règles d'utilisation des conteneurs pour COPT ?	Cite: la proximité immédiate du soin, la fermeture provisoire entre 2 utilisations, le respect du niveau de remplissage, la fixation (ventouse, plateau préformé...), la fermeture définitive avant élimination.				
B7 - Dans quelles situations utilisez-vous des gants de soins à usage unique non stériles ?	Cite « précautions standard » ou soins à risque de contact avec le sang ou les liquides biologiques, contact avec les muqueuses ou la peau lésée, peau lésée du soignant. Si « précautions contact » citées, noter conforme à la question C3.				
B8 - Dans quels cas utilisez-vous des masques chirurgicaux ?	Cite « précautions standard » lors d'actes en salle d'accouchement ou en cas de toux du professionnel, dans la chambre d'un patient/résident qui tousse, en cas de soin à risque de projection ou d'aérosolisation. Si « précautions gouttelettes » citées, noter conforme à la question C6.				
B10 - Dans quel cas utilisez-vous des protections oculaires (lunettes de protection ou masque à visière) ?	Cite « précautions standard » ou en cas de soins à risque de projection ou d'aérosolisation, en cas de manipulation des produits d'entretien concentrés.				
B11 - Savez-vous comment trier les déchets dans l'établissement / service ?	Sait dans quel contenant éliminer les déchets en fonction de leur nature, ou bien où trouver l'information				

C – Précautions complémentaires (PCH)					
C1 – Connaissez-vous la signalétique particulière pour les patients en précautions complémentaires ?	Sait quelle conduite à tenir en cas d'affichage apposer sur les portes de chambres et où trouver les protocoles.				
C2 – Les PCH doivent-elles être mise sur prescription médicale ? Savez-vous comment ?	Répond oui à la question et montre où trouver la prescription				
D – Soins invasifs					
D1 - Posez-vous tous les jours la question de la nécessité du maintien des dispositifs invasifs ?	Sait qu'il faut évaluer le rapport bénéfice-risque du dispositif invasif tous les jours.				
D2 – Avant la pose d'un cathéter péridural que faites-vous ?	Cite l'HDM, Port de masque, gant stérile, antiseptique, coct,..				
D3 - Quel type d'antiseptique utilisez-vous pour la préparation cutanée avant la pose d'un cathéter central (VVP, VVC, VSC) ?	Cite le nom d'un antiseptique alcoolique ( <i>povidone iodée ou chlorhexidine</i> ).				
E – Entretien des dispositifs médicaux et bionettoyage					
E1 - Les dispositifs médicaux (style les sondes d'écho) sont-ils nettoyés après chaque utilisation ?	Décrit succinctement la procédure d'entretien réalisée dans le service				
E2 - La dilution des produits et la durée de conservation des bains d'entretien pour DM sont connus et respectés	Interroger les professionnels sur la réalisation des dilutions				
F - Antibio prophylaxie					
F1 – Connaissez-vous le protocole antibio prophylaxie ?	Répond par oui ou non				
F2 - La prescrivez-vous au moment de votre CA ?	Répond par oui ou non				
F3 - Faites-vous attention au poids ou IMC lors de la prescription ?	Répond par oui ou non				
F4 – Avez-vous déjà fait appel à l'infectiologue ?	Répond par oui ou non				

2. Fiche d'interview pour les professionnels paramédicaux

Critères	Eléments attendus par le personnel interviewé	Conforme	Non conforme	N. A	Commentaires
A - Organisation de la prévention du risque infectieux associé aux soins					
A1 - Connaissez-vous l'équipe opérationnelle d'hygiène ?	Nomme au moins un membre de l'EOH				
A2 - Connaissez-vous le(s) correspondant(s) en hygiène de votre unité ?	Nomme-le(s) correspondant(s) en hygiène, ou sait où trouver l'information				
A3- Savez-vous où trouver la documentation relative à l'hygiène	Montre le siqweb				
A4 - Savez-vous comment signaler les infections associées aux soins ?	Explique comment et à qui signaler une IAS				
A5 - Pensez-vous que toutes les infections associées aux soins doivent être déclarées ?	Sait que toutes les IAS doivent être signalées				
B – Précautions standard (PS)					
B1 - Quelles sont les règles à respecter pour avoir une tenue professionnelle conforme et les prérequis pour assurer une bonne hygiène des mains ?	Cite : absence de tenue civile ou tenue civile à manches courtes recouverte par une tenue professionnelle propre, manches courtes, cheveux longs ou mi- longs attachés, absence de bijoux aux mains et poignets, ongles courts et nus.				
B2 - Lors des soins, avez-vous un produit hydro-alcoolique au plus près du soin ?	Déclare avoir un PHA avec lui dans la chambre pour les soins (ou il y en a un dans la chambre en permanence)				
B3 - A quels moments réalisez-vous un geste d'hygiène des mains ?	Cite: avant et après tout soin ou tout contact direct avec un patient/résident ou son environnement,				

	entre un soin contaminant et un soin propre chez un même patient/résident, entre 2 patients/résidents, avant de mettre les gants et après les avoir retirés.				
B4 - Connaissez-vous l'indicateur ICSHA de votre unité ?	Donne un résultat approximatif de l'ICSHA de son service.				
B5 - Où est affichée la conduite à tenir en cas d'AES et le kit ?	Montre l'affiche ou indique où elle se trouve.				
B6 - Quelles sont les règles d'utilisation des conteneurs pour COPT ?	Cite: la proximité immédiate du soin, la fermeture provisoire entre 2 utilisations, le respect du niveau de remplissage, la fixation (ventouse, plateau préformé...), la fermeture définitive avant élimination.				
B7 - Dans quelles situations utilisez-vous des gants de soins à usage unique non stériles ?	Cite « précautions standard » ou soins à risque de contact avec le sang ou les liquides biologiques, contact avec les muqueuses ou la peau lésée, peau lésée du soignant. Si « précautions contact » citées, noter conforme à la question C3.				
B8 - Dans quelles situations utilisez-vous des tabliers imperméables à usage unique ?	Cite « précautions standard » ou soins souillant, mouillants ou à risque de contact avec le sang ou les liquides biologiques. Si « précautions contact » citées, noter conforme à la question C5.				
B9 - Dans quels cas utilisez-vous des masques chirurgicaux ?	Cite « précautions standard » lors d'actes en salle d'accouchement ou en cas de toux du professionnel, dans la chambre d'un patient/résident qui tousse, en cas de soin à risque de projection ou d'aérosolisation. Si « précautions gouttelettes » citées, noter conforme à la question C6.				

B10 - Dans quel cas utilisez-vous des protections oculaires (lunettes de protection ou masque à visière) ?	Cite « précautions standard » ou en cas de soins à risque de projection ou d'aérosolisation, en cas de manipulation des produits d'entretien concentrés.				
B11 - Savez-vous comment trier les déchets dans votre établissement / service ?	Sait dans quel contenant éliminer les déchets en fonction de leur nature, ou bien où trouver l'information				
B12 – Savez-vous quel est le circuit de la tenue professionnelle	Décrit le circuit de la lingerie jusqu'au vestiaire				
C – Précautions complémentaires (PCH)					
C1 - Utilisez-vous une signalétique particulière pour les patients/résidents en précautions complémentaires ?	Sait quel affichage apposer sur les portes de chambres et où le trouver.				
C2 - Quel type d'hygiène des mains pratiquez-vous chez un patient/résident en PCH (hors gale et Clostridium difficile) ?	Répond qu'il réalise une friction hydro-alcoolique				
C3 - Dans quels cas utilisez-vous des gants de soins à usage unique non stériles ? (hors gale et Clostridium difficile)	Mêmes réponses qu'à la question B7				
C4 - Dans quels cas utilisez-vous des masques chirurgicaux ?	Cite « précautions gouttelettes » ou lors d'acte en salle de naissance				
C5 - Dans quels cas utilisez-vous des masques FFP2 (ou bec de canard) ?	Précautions « Air »				
D – Soins invasifs					
D1 - Posez-vous tous les jours la question de la nécessité du maintien des dispositifs invasifs ?	Sait qu'il faut évaluer le rapport bénéfice-risque du dispositif invasif tous les jours.				
D2 - Pouvez-vous décrire le principe du système clos pour le sondage urinaire ?	Sait que la sonde doit être connectée avant la pose, ne doit pas être				

	déconnectée après la pose et qu'elle doit être reposée en cas de déconnexion accidentelle				
D3 - Que faites-vous en cas de déconnexion accidentelle de la sonde urinaire ?	Sait que la sonde doit être changée.				
D4 - Quel type d'antiseptique utilisez-vous pour la préparation cutanée avant la pose d'un cathéter (VVP, VVC, VSC) ?	Cite le nom d'un antiseptique alcoolique ( <i>povidone iodée ou chlorhexidine</i> ).				
E – Entretien des dispositifs médicaux et bionettoyage					
E1 - Les dispositifs médicaux réutilisables sont-ils nettoyés après chaque utilisation ?	Décrit succinctement la procédure d'entretien réalisée dans le service				
E2- Entretenez-vous votre chariot chaque jour ?	Nettoie chaque jour le(s) chariot(s) qu'il utilise.				
E3 - La dilution des produits et la durée de conservation des bains d'entretien pour DM sont connus et respectés	Interroger les professionnels sur la réalisation des dilutions				
F – Gestion des excréta					
F1 - Quelles sont les bonnes pratiques d'utilisation ?	Donne les règles de bon usage : bassin mis plein, acheminement avec couvercle, à chaque fois que le bassin, l'urinal est utilisé (urines et/ou selles).				
F3 - Connaissez-vous la gestion des excréta en cas de panne du lave-bassins ou d'absence de LDB	Sait qu'il existe une procédure de gestion des excréta en l'absence de LDB (protections de bassin, désinfection manuelle, utilisation du LDB d'un autre service...).				

3. Fiche d'interview pour la cadre

ENTRETIEN AVEC LA CADRE DE SANTÉ			
Critères	Conformité	Réponses : 1 = Oui 2 = Non 3 = Ne sait pas 4= Non Applicable	Commentaires
<b>POLITIQUE GENERAL</b>			
1. Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ?			
2. Avez-vous eu une formation (pratique ou théorique) à la prévention du risque infectieux dans les 5 dernières années ?			
3. Savez-vous où peut-on trouver les protocoles de prévention des IAS dans votre service ?	Le soignant connaît le chemin d'accès sur l'espace intranet et sait retrouver au moins une procédure		
4. Connaissez-vous les correspondants d'hygiène de votre service ?	Désigne le nom d'au moins 2 personnes		
5. Connaissez-vous les membres de l'EOH ?	Désigne le nom des personnes de l'EOH		
6. Pouvez-vous me citer des évènements infectieux devant être signalés (au moins 2) ?	Capable de citer au moins 2 évènements infectieux devant faire l'objet d'un signalement interne		
7. Si vous constatez un évènement infectieux, en faites-vous la déclaration ?	Tous les professionnels de santé peuvent signaler un évènement infectieux d'importance		
8. Des RMM infectieuses sont-elles organisées dans votre service ?	Les évènements infectieux avec critères de gravité doivent faire l'objet d'une RMM		

9. Participez-vous aux RMM de votre service ?	Le professionnel interrogé indique s'il participe ou pas aux RMM de son service		
10. Savez-vous ce qu'est l'indicateur ICSHA ?	Description de l'ISCHA		
11. Connaissez-vous la consommation SHA de votre service et votre objectif personnalisé ?	Le professionnel peut positionner son service en termes de consommation SHA et d'objectif		
12. Faites-vous un suivi de la participation des professionnels paramédicaux aux formations hygiènes ?	Le Cadre de santé doit pouvoir présenter le tableau de suivi des formations		
<b>PRECAUTIONS STANDARD</b>			
13. Avant de réaliser une hygiène des mains, quels sont les préalables (prérequis) au geste ?	Citer tous les prérequis : Ongles courts, absence de bijoux sur les mains et les avant- bras		
14. Lors des soins, pouvez-vous citer 3 occasions d'hygiène des mains ?	Cite au moins 3 indications parmi les 5 de l'OMS. Il faut juger de l'adéquation entre le geste et le type HDM réalisée		
15. Pouvez-vous me citer 3 indications du port de masque chirurgical ?	2 bonnes réponses sont attendues : en cas d'Infection respiratoire du soignant ou du patient et en cas de soins après RM		

16. Dans quelles circonstances utilisez-vous les protections oculaires (lunettes, masque à visière) ?	Lors de soins à risque de projection ou d'aérosolisation		
17. Le matériel utilisé est-il changé en cas d'usure ?	Le bassin ou urinaux usés sont systématiquement changés		
18. Avez-vous une action de sensibilisation du patient pour son hygiène corporelle, hygiène des mains ?			
<b>PREVENTION DES ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG</b>			
19. Pouvez-vous me citer 4 règles d'utilisation des conteneurs à déchets perforants ?	Au moins 3 réponses correctes : Au plus près du soin, fermeture temporaire, stabilisation du collecteur, respect de la limite de remplissage, date de mise en service		
20. Pouvez-vous me dire où se trouve la CAT en cas AES et le kit dans votre service ?	Chaque professionnel doit connaître la localisation de la CAT en cas AES et du kit AES		
<b>PRECAUTIONS COMPLEMENTAIRES</b>			
21. Les précautions complémentaires sont-elles toujours l'objet d'une prescription ?	Les précautions complémentaires sont toujours prescrites par le médecin		
22. Quel type d'hygiène des mains réalisez-vous après un contact avec un patient porteur de Gale ou de Clostridium difficile ?	L'agent déclare réaliser une HDM au savon doux suivi d'une friction au SHA		

### TECHNIQUES DE SOINS

23. Lors de la pose de voie veineuse périphérique (VVP), comment effectuez-vous la préparation cutanée ?	Cite les 5 ou 3 temps nécessaires à la pose d'une VVP : déterision si peau souillée, rinçage, séchage, antiseptie		
24. Quel antiseptique utilisez-vous lors de la pose d'une VVP ?	Déclare utiliser un antiseptique alcoolique		
25. Comment manipulez-vous les DIV (cathéter, tubulures, robinets) ?	Le soignant réalise une friction SHA avant toutes manipulations et utilise des compresses imbibées d'antiseptiques alcooliques		
26. Posez-vous quotidiennement la question de la nécessité du maintien du DIV ?			
27. Les poches collectrices d'urine sont-elles fixées en position décline ?	Les sacs collecteurs d'urines sont en position basse mais sans contact avec le sol pour éviter le reflux		
28. Un plan de purge des unités de soins est-il organisé et tracé ?	Le plan de purge pour le service est organisé selon la procédure de l'EOH		
29. En cas de travaux dans votre service, sollicitez-vous l'EOH en cas de disfonctionnement ?	Le soignant a connaissance de la procédure interne gestion travaux impliquant l'EOH		

### Annexe 7 : Planning des interviews

<b>Nom</b>	<b>Profession</b>	<b>Horaire</b>	<b>Date</b>	<b>Lieu</b>
Dr FORGEARD	Obstétricien	15h30	16.04	Salle d'accouchement
Dr LONG HIM	Anesthésiste	14h	16.04	Salle d'accouchement
Dr FISHER	Pédiatre	14h30	16.04	Salle d'accouchement
Pauline DOREL	AP/ MATER	15h	16.04	Bureau nath
Nathalie HAMON	Sage-femme/MATER	14h45	16.04	Bureau nath
Brigitte MANNI	Sage-femme/ Salle d'ac	11h	16.04	Salle d'accouchement
Marina MUGNAI	Sage-femme/ Salle d'ac	11h15	16.04	Salle d'accouchement
Aline COUTURIER	AP/ Salle d'ac	11h30	16.04	Salle d'accouchement
Christine GAUCHIER	AP/ MATER	11h	18.04	Bureau nath
Christelle GERVAIS	AP/ MATER	11h15	18.04	Bureau nath
Marília GONDOLF	AP/ MATER	11h30	18.04	Bureau nath
DEYRES Isabelle	AP/ Salle d'ac	14h	18.04	Salle d'accouchement
Brigitte COQUARD	Sage-femme/MATER	14h30	18.04	Salle d'accouchement
Eloïse CRONIN	Sage-femme/MATER	10h30	18.04	Bureau nath
Margot MEGEVAND	Sage-femme/MATER	13h	18.04	Bureau nath
Xavier VIGOUROUX	Sage-femme/ Salle d'ac	10h	18.04	Salle d'accouchement
Marion ROUSIER	Sage-femme/ Salle d'ac	10h15	18.04	Salle d'accouchement
Laurence LOISON	Sage-femme/ Salle d'ac	9h45	18.04	Salle d'accouchement
Dr HAUET J.C.	Obstétricien		18.04	Salle d'accouchement
Dr VERNET	Anesthésiste	8h30	18.04	Salle d'accouchement
Dr MESTRALLET	Pédiatre	12h45	18.04	Salle d'accouchement

### **Annexe 8 : Grille de recueil pour le recensement documentaire**

#### 1. Objectif :

Ce questionnaire a pour objet de recenser les documents et protocoles (institutionnels ou spécifiques à l'unité) pour la prévention et gestion du risque infectieux dans le service de maternité (comprenant les 2 unités : salle d'accouchement et suite de soins).

Pour chaque item, préciser s'il existe un document et la date de sa validation.

Globalement l'accessibilité des documents sera vérifiée

Recensement documentaire	Document existant Oui - Non - NA	Date de validation
Fiche de poste et /ou descriptifs de tâches des personnels :		
Cadre sage-femme	FP/GESO/MAT/05 -	03/05/2017
IDE :	GESO/MAT/58	3/5/2017
AP :	GESO/MAT/02 et GESO/MAT/03	
SF :	GESO/MAT/006 GESO/MAT/46 GESO/MAT/58 GESO/MAT/07 GESO/MAT/05	2006 3/5/2017 « 15/3/17 21/2/2019
Anesthésiste : Partage rôle entre chir et anesth	SPEC/ANS/854	
Correspondant en hygiène : fiche mission	FP/INST/65	05/03/2019
Protocoles de soins (prévention ou gestion du risque infectieux) :		
Précautions standard Un protocole institutionnel validé est disponible. Il décrit les mesures à appliquer pour tous	INST/CLI/93	22/9/2017
Conduite à tenir en cas d'AES	GESO/PHA/411 GESO/SOI/162 GESO/SOI/176 GESO/SOI/243	2017 2019
Hygiène des mains (technique, indications)	INST/CLIN/1138 INST/GESO/611	2018
Guide d'antibiothérapie	GESO/PHA/166 GESO/PHA/1525 SPEC/ANS/1188	2018 2014 2018
Politique du bloc obstétrical	EN/GESO/MAT/1115	Charte du bloc obst. GESO/MAT/161 2.05.2017

Protocole de signalement des IAS interne et externe	GDR/1404	24/5/2017
Conduite à tenir en cas d'infection Stepto A et B	Oui	
Protocole infectieux pour le bébé	MO/SPEC/MAT/1147	12/2/2014
Fiche signalement infection nosocomiale	INST/CLI/27	30/12/15
Bionettoyage entre 2 patientes salle d'ac		
Bionettoyage de la salle de réanimation	EN/GESO/SOI/102	7/7/2014
Entretien des berceaux	MO/GESO/MAT/87	13/01/2015
Entretien des matériels semi critique tel que les sondes d'échographe	OUI	
Tri des déchets et gestion des boites OPCT (Référentiel tri)	INST/CLI/19	16/7/18
Des procédures concernant l'entretien des DM en fonction de leur niveau de criticité (non critique, semi-critique, critique) existent	MO/GESO/MAT/08	13/01/2019
Le bionettoyage des locaux est organisé, Prestataire externe (fréquence, qui, où...).	Un (des) document(s) institutionnel(s) validé(s) existe(nt) qui définit l'organisation du bionettoyage des locaux en fonction de leur classification, même en cas de CD	Cahier des charges : SAMSIC
Le tri du linge est organisé	Constater qu'il existe un protocole institutionnel et validé de tri du linge et des contenants adaptés	
Protocole sur les tenues professionnelles	ADMI/DSI/1179	6/7/2017
Un protocole existe pour l'entretien de la baignoire en salle d'accouchement	Un document décrit les acteurs et le type d'actions à réaliser MO/INST/CLIN/1595	19/1/18

## 1. Sondage évacuateur ou pose de SAD :

Date d'accouchement :		
N° FICHE :	N° PROFESSIONNEL :	N° PARTURIENTE :
Fonction : SAGE-FEMME <input type="radio"/>	Obstétricien <input type="radio"/>	
Soin observé : POSE DE SAD <input type="radio"/>	SONDAGE EVACUATEUR <input type="radio"/>	

**TENUE PROFESSIONNELLE :**

Tenue spécifique bloc : OUI  NON

Présence de vêtements civils sous la tenue : OUI  NON

Montre : OUI  NON  Bijoux : OUI  NON

Sans : OUI  NON

**a. Masque chirurgical :**

Le professionnel porte un masque chirurgical : OUI  NON

Le masque est bien ajusté : OUI  NON

**b. Hygiène des mains avant le soin**

Réalisation d'une hygiène des mains : OUI  NON

Si OUI : FSHA  LS  autres

**c. Préparation**

Préparation du matériel avant la toilette : OUI  NON

Une toilette génitale large est réalisée de haut en bas en allant de la région génitale à la région anale : OUI  NON

Si OUI : avec la gamme iodée :  Autres :  nom du produit :

SI OUI : avec gants stérile  gants non stérile

Change de gants entre les deux phases : OUI  NON

L'asepsie vulvo-périnéale est réalisée : OUI  NON

Si OUI : avec la gamme iodée :  Autres :  nom du produit :

SI OUI : avec gants stérile  gants non stérile  sans gants

Si OUI : avec des compresses stériles  Autres  :

L'utilisation des lunettes de protection : OUI  NON

**d. Soins :**

Utilisation d'un set sondage : OUI  NON

Utilisation d'un champ de table stérile : OUI  NON

Utilisation de champ stérile fendu : OUI  NON

Utilisation d'une sonde lubrifiée : OUI  NON

Sondage fait en système clos : OUI  NON

Réalisation d'une hygiène des mains après le retrait des gants : OUI  NON

Si OUI : FSHA  LS  autres

Traçabilité du soin dans le dossier : OUI  NON

**e. OBSERVATION ou Commentaires :**

## **2. Toucher vaginal après rupture des membranes :**

Date d'accouchement :		
N° FICHE :	N° PROFESSIONNEL :	N° PARTURIENTE :
Fonction : SAGE-FEMME :	<input type="radio"/>	Obstétricien : <input type="radio"/>

**TENUE PROFESSIONNELLE :**

Tenue spécifique bloc : OUI  NON

Présence de vêtements civils sous la tenue : OUI  NON

Montre : OUI  NON  Bijoux : OUI  NON

Sans : OUI  NON

**a. Masque chirurgical :**

Le professionnel porte un masque chirurgical : OUI  NON

Le masque est bien ajusté : OUI  NON

Le professionnel le réajuste en le remettant en place plusieurs fois : OUI  NON

**b. Préparation vulvo-périnéale**

Lors du premier TV, une toilette vulvo-périnéale est réalisée : OUI  NON

Si OUI : avec la gamme iodée :  Autres :  nom du produit :

L'asepsie est réalisée : OUI  NON

Si OUI : avec la gamme iodée :  Autres :  nom du produit :

SI OUI : avec gants vinyle UU  gants latex NS  autre  sans gants

**c. Hygiène des mains avant le TV**

Réalisation d'une hygiène des mains : OUI  NON

Si OUI, FSHA  LS  autres

**d. Port de gants pour la réalisation du TV**

Port de gants lors de la réalisation du TV : OUI  NON

SI OUI, gants stériles  doigtier stérile  gants non stériles

**e. OBSERVATION ou Commentaires :**

### 3. Audit Toilette du Nouveau-Né en Pouponnière

Date : .....	N° de soignant : .....	
<b>EQUIPEMENT DE PROTECTION INDIVIDUELLE</b>		
Port de tablier à U.U	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<b>AUXILAIRE PUER</b>		<b>MAMAN</b>
<b>HYGIENE DES MAINS AVANT LE SOIN</b>		<b>HYGIENE DES MAINS A L'ARRIVEE</b>
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
TYPE D'HM LS <input type="checkbox"/> ATS <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> LS+F <input type="checkbox"/>		TYPE D'HM LS <input type="checkbox"/> ATS <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> LS+F <input type="checkbox"/>
<b>SOIN DES YEUX</b>		<input type="checkbox"/> AUXILAIRE PUER <input type="checkbox"/> MAMAN
Soin des yeux effectuée		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
		<input type="checkbox"/> Compresses stériles <input type="checkbox"/> compresse non stérile
Produit		<input type="checkbox"/> Eau tiède <input type="checkbox"/> Sérum physiologique
Changement de CP entre chaque oeil		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>TOILETTE GENITALE</b>		<input type="checkbox"/> AUXILAIRE PUER <input type="checkbox"/> MAMAN
Présence de selles		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<i>Si oui</i> , Port de gants		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Type de gants		<input type="checkbox"/> vinyle <input type="checkbox"/> latex
<i>Si oui</i> ,		<input type="checkbox"/> change <input type="checkbox"/> toilette génitale
<i>Fille</i> : changement de compresse à chaque passage		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>SOIN DE CORDON</b>		<input type="checkbox"/> AUXILAIRE PUER <input type="checkbox"/> MAMAN
<b>HYGIENE DES MAINS</b>		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
TYPE D'HM		<input type="checkbox"/> LS <input type="checkbox"/> ATS <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> LS+F
Port de gants		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Type de gants		<input type="checkbox"/> vinyle <input type="checkbox"/> latex
Comresse stérile		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Modalité d'application ATS		<input type="checkbox"/> tamponnement <input type="checkbox"/> autre
Séchage à l'air libre		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>HYGIENE DES MAINS APRES LE SOIN</b>		
<b>AUXILAIRE PUER</b>		<b>MAMAN</b>
HYGIENE DES MAINS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		HYGIENE DES MAINS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
TYPE D'HM		TYPE D'HM
<input type="checkbox"/> LS <input type="checkbox"/> ATS <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> LS+F		<input type="checkbox"/> LS <input type="checkbox"/> ATS <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> LS+F
<b>ENTRETIEN DM ENTRE DEUX UTILISATIONS</b>		
Port de gants <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Type de gants <input type="checkbox"/> vinyle <input type="checkbox"/> latex		
Baignoire		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Pèse bébé		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Table à langer		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Lavette UU		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>HYGIENE DES MAINS</b>		
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
TYPE D'HM		
<input type="checkbox"/> LS <input type="checkbox"/> ATS <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> LS+F		

**Annexe 10 : Information fourni aux parturientes**



**Information au patient hospitalisé en secteur maternité**

Dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité des soins, l'équipe d'hygiène de l'établissement réalise un audit les 16 et 18 Avril 2019.

Cette enquête a pour objectifs :

- L'évaluation des pratiques professionnelles lors d'actes en secteur de maternité,
- La sensibilisation de l'ensemble du personnel sur le risque infectieux.
- D'améliorer la prise en charge des patients hospitalisés.

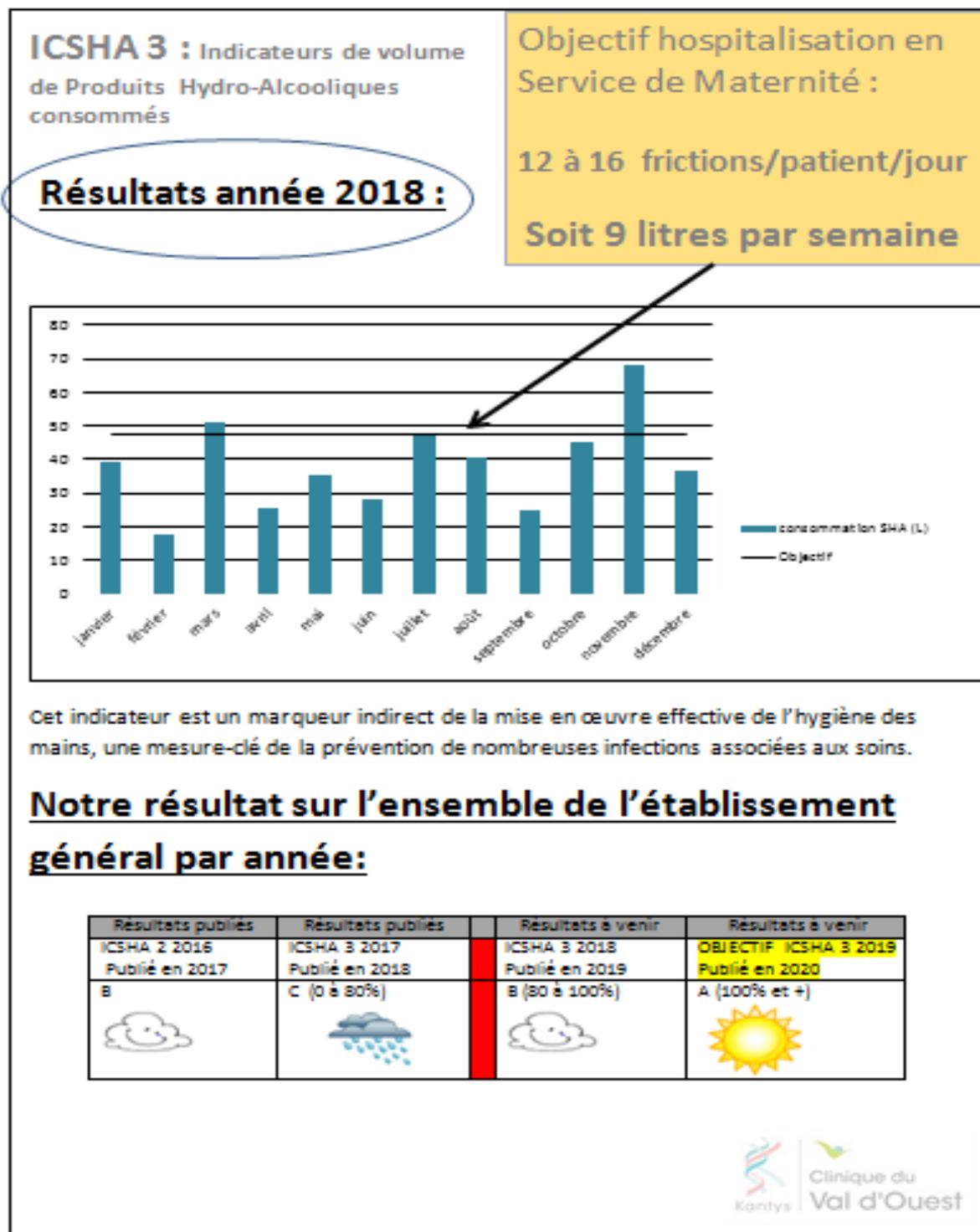
Elle requiert le recueil d'informations sur le terrain avec une grille standardisée sur des actes pratiqués par les professionnels lors de votre hospitalisation.

Une personne de l'équipe opérationnelle d'hygiène se présentera à vous pendant un soin lors de votre prise en charge. Cette enquête n'est pas obligatoire, l'absence de participation est sans conséquence sur votre prise en charge.

Merci de votre compréhension et de votre disponibilité.

*L'équipe d'hygiène de la clinique du val d'ouest.*

**Annexe 11 : Résultats de l'indicateur de consommation de SHA en service de maternité (ICSHA3)**



## Annexe 12 : Affiche signalétique des PCH



### PRECAUTIONS GOUTTELETTES

Dans **CUMCO** se référer au protocole :  
MO-249 Précautions complémentaires  
+ fiche technique gouttelettes



### PRECAUTIONS CONTACT

Dans **CUMCO** se référer au protocole :  
MO-249 Précautions complémentaires  
+ fiche technique contact



### PRECAUTIONS AIR

Dans **CUMCO** se référer au protocole :  
MO-249 Précautions complémentaires  
+ fiche technique air



# Sondage vésical évacuateur

## Geste à haut risque infectieux



- Toilette vulvo-périnéale
- Antisepsie vulvo-vaginale
- Champ fendu stérile

Gamme  
Povidone  
type Bétadine®



- Ni montre, ni bijou, ni vernis
- Masque (après rupture des membranes)
- Désinfection des mains par friction
- Gants stériles



- Champ de table stérile
- Sonde lubrifiée
- Drainage vésical clos

Préférer  
un kit spécial  
pré-connecté



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

Promouvoir l'asepsie en maternité Réseau Mater Sud-Est

Pour en savoir plus : "Guide Maternité SFHH"  
[http://www.sf2h.net/publications-SF2H/SF2H\\_surveillance-et-prevention-des-IN-en-maternite-2009.pdf](http://www.sf2h.net/publications-SF2H/SF2H_surveillance-et-prevention-des-IN-en-maternite-2009.pdf)

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



Mai 2011

# Toucher vaginal après rupture des membranes

Geste à haut risque infectieux à limiter



- **Toilette vulvo-périnéale** avant le 1<sup>er</sup> toucher vaginal
- **Antisepsie vulvo-vaginale** avant chaque toucher vaginal

Gamme  
Povidone  
type Bétadine®



- **Ni montre, ni bijou, ni vernis**
- **Masque**
- **Désinfection des mains** par friction
- **Gants stériles aux deux mains**

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

Promouvoir l'asepsie en maternité Réseau Mater Sud-Est

Pour en savoir plus : "Guide Maternité SFHH"  
[http://www.sf2h.net/publications-SF2H/SF2H\\_surveillance-et-prevention-des-IN-en-maternite-2009.pdf](http://www.sf2h.net/publications-SF2H/SF2H_surveillance-et-prevention-des-IN-en-maternite-2009.pdf)  
CCLIN SUD-EST Hôpital Henry Gabrielle Villa Alice 20 route de Vourles 69230 Saint Genis Laval



Mai 2011

Annexe 15 : « Je réfléchis autrement à mon tri »

*Je réfléchis autrement à mon tri*

**DASRI : DÉCHETS D'ACTIVITÉS DE SOINS À RISQUES INFECTIEUX**

**COLLECTEUR : OBJETS PIQUANTS COUPANTS TRANCHANTS**



**FERMETURE**

- > **Provisoire** entre 2 utilisations
- > **Définitive** avant évacuation : = fermeture sécurisée

**Ne rien rajouter !**

**LIMITE DE REMPLISSAGE**

**Ne pas dépasser !**

**DATE LIMITE D'UTILISATION (DLU)**

- > Noter sur le collecteur (Date du jour + 7 jours)
- > Evacuer le collecteur au bout de 8 jours, même s'il n'est pas plein

**CONSIGNES D'UTILISATION**

- > Utiliser un support adapté au collecteur
- > Positionner le collecteur à portée de mains
- > Ne pas tasser les déchets
- > Ne pas introduire les doigts à l'intérieur

## Annexe 16 : Résultats présentés aux professionnels



### VISITE DE RISQUE A LA MATERNITE

**CONTEXTE ET OBJECTIF**

Visite de risque = outil de gestion des risques a priori.

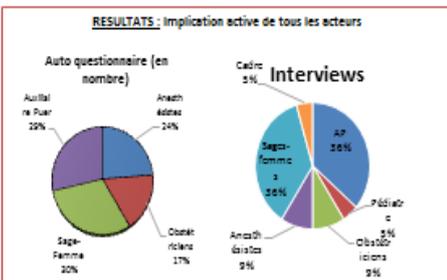
Objectif : réaliser un état des lieux de la prévention du risque infectieux lié aux pratiques professionnelles et à l'environnement en maternité (salle d'accouchement et suites de couche)

**METHODE :**

- Période d'audit : Avril 2019
- Audit mixte :
  - Entretiens avec les professionnels,
  - Observation des pratiques et locaux,
  - Consultation documentaire.

SAGES-FEMMES		AUXILIAIRES PUERICULTRICES			
	Conseil port de masque pour les memens si toux ou herpès	80%		Port de masque lors affection ORL	93%
	Hygiène des mains	80%		Conseil port de masque pour les memens si toux ou herpès	100%
	Masque chirurgical après RM	92%			
	Hygiène des mains après retrait des gants	48%		Gants liquide biologique	38%
	Port de lunettes	21%		Port de tablier	15%
	Absence de bijoux	72%		Absence de bijoux	69%
				Entretien environnement en début de journée	39%
				Désinfection thermomètre au moins 1 fois/ jour	66%

Observé : 0%



**Précautions standard lors de la toilette du nouveau-né**  
Résultats de 27 observations dont X AP différentes

- Tenue professionnelle
- Hygiène des mains
- Port gants vinyle pour entretien surfaces
- Nettoyage des surfaces entre chaque patient
- Hygiène des yeux bébé

- Hygiène des mains des parents en entrant dans la pouponnière
- Port de tablier

**RAPPEL :** Seigneux, thermomètre de bain, sacs de table à langer, robinetterie, plots SS.  
Désinfection non systématique du plateau bébé entre deux bébés  
Thermomètre apporté par le maman (poussoir bébé) ou Thermomètre rotatif désinfecté systématiquement entre 2 bébés si partagé.

Hygiène des mains avant et après les soins, entre deux bébés, après l'entretien des surfaces.

Attention pensez bien à se laver les mains AVANT DE ME LAVER, AVANT MES SOINS DES YEUX, AVANT MON SOIN DE COORDON, AVANT DE ME NOURRIR, APRES MON CHANGE

EPP	Nb total de professionnels dans le service	Nb de personnel observé différentes	%	Nb d'observation
Toilette du nouveau-né (AP)	21	15	71,4%	27
TV (SF)	18	12	66,7%	17
Sondage urinaire (SF)	18	14	77,8%	14

**ROLE EDUCATIF :**

Apprentissage des gestes aux parents permettant la diminution des infections pour le bébé.

Rappel des bonnes pratiques pour la toilette intime pour les parturientes.

Sensibiliser sur l'hygiène des mains pour les parents et visiteurs

Nombreux périnés retrouvés  
Stockage de produits sous évier  
BP entretien matériel de stérilisation

**Biais :** Les résultats issus de l'observation montrant des résultats meilleurs que ceux issus de l'auto-questionnaire.

Ici sont communiqués les résultats des auto-questionnaires, jugés plus représentatifs de la réalité, l'attitude des professionnels n'étant pas biaisée par l'observation par l'auditeur.

**Pratiques pour le toucher vaginal**  
Résultats des 12 sages-femmes

- Limiter le nombre de TV,
- Pratiquer une antiseptie en 2 temps
- Port de masque chirurgical

- Toilette vulvo-périnéale avant le 1<sup>er</sup> TV,
- Utiliser 2 gants stériles aux 2 mains,
- Utilisation des lunettes de protection.

**Pratiques pour le sondage évacuateur**  
Résultats des 14 sages-femmes

- Préparation du matériel avant TV et antiseptie
- Utilisation du système clos
- Sonde pré-lubrifiée

- Utilisation du champ fendu

**BONNES PRATIQUES :**

TV : Port de masque en systématique ajusté et non remis en place, HDM avant le TV par FSHA, gants stériles, toilette vulvo-périnéale avant le 1<sup>er</sup> TV et aseptie à chaque TV.

**RAPPELS :**

- ⊖ Sondage évacuateur : Respecter le système clos, sonde lubrifiée, aseptie avec gamme iodée, gants stérile
- ⊖ Utilisation EPI : Lunettes, gants, masque, tablier.
- ⊖ CDPT : Niveau de remplissage, fermeture provisoire, daté, attaché.

## **Annexe 17 : RECOMMANDATIONS ET REFERENTIELS**

- I. SF2H. Hygiène des mains et soins : du choix du produit à son utilisation et à sa promotion - mars 2018, 92 pages.
- II. SF2H. Hygiène des mains et soins : du choix du produit à son utilisation et à sa promotion - mars 2018, 92 pages.
- III. Réseau CPias. Noso Thème : Communication et formations innovantes pour prévenir les infections associées aux soins - décembre 2017, 4 pages.
- IV. Réseau CPias. NosoThème : Hygiène des mains - juin 2010, 4 pages.
- V. Agence de la santé publique du Canada. Pratiques en matière d'hygiène des mains dans les milieux de soins - 2012, 104 pages.
- VI. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Résumé des recommandations de l'OMS pour l'hygiène des mains au cours des soins - 2010, 68 pages.
- VII. OMS. WHO guidelines on hand hygiene in health care- 2009, 262 pages.
- VIII. Centers for Diseases Control and prevention (CDC). Guideline for Hand Hygiene in Healthcare Settings - 2002, 56 pages.
- IX. CPIAS « Conduite à tenir en cas de streptocoque du groupe A en maternité & gynécologie-obstétrique (Streptococcus pyogenes) »- Fiche CAT Cclin Sud-Est (2010).
- X. Société Française d'Hygiène Hospitalière, Actualisation des Précautions standard-Etablissements de santé, Établissements médicosociaux, Soins de ville - Juin 2017.
- XI. Société Française d'Hygiène Hospitalière, Guide pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales en maternité. Version Juin 2009.
- XII. Société Française d'Hygiène Hospitalière, Hygiène des mains et soins : du choix du produit à son utilisation et à sa promotion – Mars 2018.
- XIII. Société Française d'Hygiène Hospitalière, Antisepsie de la peau saine avant un geste invasif chez l'adulte Recommandations pour la pratique clinique – Mars 2016.
- XIV. Société Française d'Hygiène Hospitalière, Recommandations nationales : Prévention de la transmission croisée par voie respiratoire : Air ou Gouttelettes - Mars 2013.
- XV. Société Française d'Hygiène Hospitalière, Recommandations nationales : Prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact – Avril 2009.

XVI. Guide pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales en maternité. Lyon: SF2H; 2009.

XVII. CPIAS « Entretien des locaux dans les établissements de santé et établissements médico-sociaux » Recommandations de bonnes pratiques – Novembre 2017.

XVIII. Brochure technique de la BETADINE® diffusée par le laboratoire MEDA.

XIX. Recommandations pour l'utilisation des masques médicaux et des appareils de protection dans les établissements de santé - Document validé par le Conseil d'Orientation en AVRIL 2006.

# BIBLIOGRAPHIE

- [1] INSERM, 1 Février 2015, Infections nosocomiales, ces microbes qu'on « attrape à l'hôpital », d'après la science pour la santé.
- [2] HAS, Avril 2002, Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé. 77 pages.
- [3] HAS, Octobre 1996, Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé. Principes méthodologiques. 79 pages.
- [4] HAS, Guides, méthodes et outils d'aide à la mise en œuvre de l'EPP - certification V2010, V2014.
- [5] CPIAS, Octobre 2018, La « visite de risque » appliquée à la prévention du risque infectieux en milieu de soins, Méthode d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité du patient, Guide méthodologique.
- [6] La visite de risque : appliquée à la prévention du risque infectieux en milieu de soins octobre 2018, guide méthodologique CPIAS.
- [7] HAS, Mars 2014, Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance, Guide méthodologique
- [8] Décret no 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique.
- [9] Décret n°91-779 du 8 août 1991 portant code de déontologie des sages-femmes.
- [10] ROUSSEL P, MOLL MC, GUEZ P. Méthodes et outils essentiels de la gestion des risques en santé.
- [11] Circulaire DGS/DHOS/E2 – N° 645 du 29 décembre 2000, relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé.
- [12] Circulaire du 19 Avril 1995 relative à la lutte contre les infections nosocomiales.
- [13] SF2H - Surveiller prévenir les infections associées aux soins septembre 2010.
- [14] Organisation mondiale de la santé - Guide pratique de la prévention des infections nosocomiales 2e édition – 2002.
- [15] SF2H. Guide pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales en maternité, version Juin 2009.
- [16] Rapport annuel du réseau de surveillance des infections nosocomiales en maternité Mater 2017.
- [17] INSERM et la DREES, Enquête Nationale périnatale, Rapport 2016.
- [18] CCLIN SUD-EST. Rapport annuel du réseau de surveillance des infections nosocomiales Mater sud-est 2008, juin 2009.

- [19] Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction -Volume 41, n° 8 pages 886-903 (décembre 2012)- Prise en charge des infections du post-partum.
- [20] LEOBON, A.S., Connaissances des professionnels sur la prévention des infections à Streptococcus pyogènes en obstétrique (Mémoire), 2014.
- [21] « Surveillance des infections nosocomiales dans les maternités du sud-est de la France entre 1997 et 2000 », Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2005/4 (vol. 34/ n°2), p. 128-136.
- [22] P. Gillard, L. Sentilhes, P. Descamps, « Physiologie de la grossesse à terme et du travail », Rupture prématurée des membranes en dehors du travail : conduite à tenir », 02/06/12 - Chapitre 19.
- [23] Ministère de la santé. Instruction N°DGOS/PF2/ DGS/RI1/DGCS/2015/ 202 du 15 juin 2015 relative au programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias) 2015.
- [24] La visite de risque : appliquée à la prévention du risque infectieux en milieu de soins octobre 2018, guide méthodologique CPIAS.
- [25] Audit « prévention du risque infectieux en établissement de santé ou médico-social septembre 2016 du CCLin Ouest.
- [26] Visite de risques au bloc opératoire, protocole de la visite. CCLIN Sud-Ouest – 2015.
- [27] Audit d'hygiène dans les maternités des pays de la Loire par A. LAMKARFED – 2010
- [28] Code de la santé Publique : Obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale. Article D6124-35 à Article D6124-63.
- [29] CCLin Ouest, Hygiène en maternité- 15 juin 1998.
- [30] SAINTOYANT V., DUHAMEL G., MINVIELLE E., « Gestion des risques associés aux soins : état des lieux et perspectives », Pratiques et organisation des soins, 2012 (Vol.43), p. 35 à 45.
- [31] Décret n° 2017-129 du 3 février 2017 relatif à la prévention des infections associées aux soins.
- [32] Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients.
- [33] Arrêté du 7 mars 2017 relatif aux déclarations des infections associées aux soins et fixant le cahier des charges des centres d'appui pour la prévention des infections associées aux soins.
- [34] Journal officiel du 11 juillet 2013 ; 1-2 - P37 frein aux déclarations E.I.
- [35] GIRARDIN C. « Mesures de prévention de l'infection à streptocoque du groupe A en maternité. » Revue Sage-femme- 2006 Novembre
- [36] SF2H- Actualisation des Précautions Standard Établissements de santé Établissements médicosociaux Soins de ville JUIN 2017.

- [37] SF2H. Recommandations pour l'hygiène des mains - 2009, 102 pages.
- [38] HAS, Fiche descriptive 2018, Thème Infections Associées aux Soins (IAS) ICSHA.3 - Février 2018.
- [39] Circulaire DH/SI2-DGS/VS3 N°554 du 1er septembre 1998, relative à la collecte des objets piquants, tranchants souillés (Norme AFNOR NF X 30-500 Emballages des déchets d'activités de soins – Boîtes et mini collecteurs pour déchets perforants) - Spécifications et essais, décembre 1999.
- [40] Décret n° 2013-607 du 9 juillet 2013 relatif à la protection contre les risques biologiques auxquels sont soumis certains travailleurs susceptibles d'être en contact avec des objets perforants et modifiant les dispositions relatives à la protection des travailleurs intervenant en milieu hyperbare.
- [41] Circulaire DGS/DH – N°98/249 du 20 avril 1998 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux.
- [42] B. ANDEOL, Evaluation des risques professionnels – INRS - 2004.
- [43] HAS, Décembre 2017, Synthèse de la recommandation de bonne pratique lors d'un accouchement normal
- [44] GILLARD P., SENTILHES L., DESCAMPS P., Rupture prématurée des membranes en dehors du travail : conduite à tenir, chap. 19 p.288-302.
- [45] Audit de pratique : respect des règles d'hygiène lors du TV après rupture des membranes en salle de naissance à la maternité de Voiron M. Termoz-Masson – Octobre 2018.
- [46] Quenon JL, de Sarasqueta AM. Evaluation de la sécurité du médicament dans 19 établissements aquitains. Groupe de travail SECURIMED. Risques et qualité en milieu de soins 2006 – p. 209-215.
- [47] Décret n°99-1034 du 6 décembre 1999 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé.
- [48] TAYECHI, L'effet Hawthorne et l'école des relations humaines; écrit le: 27 janvier 2012 modifié le 20 août 2019.
- [49] Freins dans l'application des recommandations d'hygiène par les étudiants IFSI 3ème année Arlette OPEICLE, Cadre de santé formateur IFSI et Xavier ARNOZAN, CHU Bordeaux.
- [50] CPias ile de France : Freins à l'hygiène des mains et à l'utilisation des PHA revue de la littérature (2000-2018).
- [51] HAS - Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé. Avril 2002, 77 pages.
- [52] Circulaire DGS/DH n° 100 du 11 décembre 1995 relative aux précautions à observer en milieu chirurgical et anatomopathologique face aux risques de transmission de la maladie de Creutzfeldt-Jakob.

## Mots clés :

Visite de risque, maternité, protocole, gestion du risque infectieux, actions correctives, précautions standard.

*Anglais: Risk visit, maternity, protocol, infectious risk management, corrective actions, standard precautions.*

## Résumé :

L'objectif de ce travail est de présenter une visite de risque dans un service de maternité d'un établissement MCO. Il permet de faire un état des lieux des pratiques de tous les professionnels de santé dans les secteurs de salle d'accouchement et de suite de couches par rapport aux référentiels et de définir des actions d'amélioration destinées à corriger les points faibles.

La visite de risque est une méthode d'analyse a priori du risque infectieux associé aux soins qui combine plusieurs méthodes : auto-questionnaires des pratiques déclarées, interviews, recueil documentaire, visite des locaux, observations de pratiques.

Après que l'EOH ait constitué les outils spécifiques (grilles), la visite de risque a été conduite auprès de 22 professionnels de santé interviewés, 86,5% d'auto-questionnaires remplis et 3 audits d'observation sur 3 gestes à risque :

- 27 observations pour la toilette du nouveau-né avec 15 professionnels observés,
- 17 observations pour le toucher vaginal avec 12 professionnels observés,
- 14 observations pour le sondage urinaire avec 14 professionnels observés.

Une restitution des résultats aux équipes et aux diverses instances a été planifiée ainsi que pour les actions correctives. Les résultats sur la gestion documentaire, les soins techniques, la gestion du risque infectieux dans l'établissement sont satisfaisants. La gestion des périmés et de l'environnement fera l'objet d'axe d'amélioration prioritaire avec la pharmacie et la maintenance. Des formations seront faites aux équipes médicale et paramédicale par rapport aux bonnes pratiques concernant l'utilisation des EPI, des COPT, à la mise en place des PCH, la stérilisation et l'importance des déclarations des IAS. L'EOH a programmé des actions correctives suivant des périodes à court, moyen et long terme avec une équipe pluridisciplinaire.

La visite de risque a été bien acceptée des professionnels et permet d'introduire une culture de sécurité et de prévention par une approche multimodale. Des notions importantes dans ce secteur du fait de la pratique de gestes à haut risque et où se croisent de nombreux intervenants. Le travail de l'EOH reste capital sur le terrain dans tous les secteurs avec des évaluations régulières pour tous les professionnels intervenants auprès des patients. Elle s'appuie sur une politique institutionnelle ainsi que sur une équipe de correspondants formés et un encadrement présent et à l'écoute.