



Réseau de Surveillance des Infections Nosocomiales en Maternité

MATER SUD-EST

Outil d'évaluation de la pratique du sondage évacuateur stérile

Guide pour l'organisation de l'audit et le recueil des données

Cclin Sud-Est
Hôpital Henry Gabrielle
Villa Alice, 20 route de Vourles
69230 Saint Genis Laval
Tél : 04 78 86 49 20
Fax : 04 78 86 49 48
E-mail : cclinse@chu-lyon.fr
Site Internet : <http://cclin-sudest.chu-lyon.fr>

Avril 2017

GROUPE DE TRAVAIL

L. Ayzac, P. Battagliotti, M. Berland, R. Girard, C. Haond.

CONCEPTION DE L'OUTIL INFORMATIQUE

E. Caillat-Vallet.

GROUPE DE RELECTURE ET DE VALIDATION

Comité de pilotage du réseau MATER

ETABLISSEMENTS-TESTS DE LA VERSION INITIALE

Centre Hospitalier Lyon Sud

Hôpital de Sainte Foy les Lyon

Centre Hospitalier Saint Joseph Saint Luc

Centre Hospitalier d'Issoire

Le groupe de travail tient à remercier toutes les personnes qui ont participé aux phases de relecture, de test du protocole ou de l'outil informatique.

SOMMAIRE

1. METHODOLOGIE.....	5
1.1. Contexte.....	5
2. PRINCIPES DE L'AUDIT ET OBJECTIFS.....	5
2.1. Objectifs pour la maternité	5
2.2. Objectifs pour le réseau.....	5
2.3. Référentiel	5
2.4. Type d'étude et méthode de mesure	6
2.5. Champs d'application	6
2.6. Taille et constitution de l'échantillon	6
2.7. Calendrier	6
2.8. Critères évalués	6
3. ORGANISATION DE L'AUDIT.....	7
3.1. Rôle du responsable de l'audit.....	7
3.2. Mise en œuvre.....	7
3.3. Validation et codage des données.....	7
3.4. Consignes de recueil et de codage pour la fiche Maternité:.....	7
3.5. Consignes de recueil et de codage pour la fiche Autoévaluation.....	8
3.6. Saisie informatique des données	10
4. RESULTATS ATTENDUS.....	10
4.1. Résultats attendus pour les maternités	10
4.1.1. Description des professionnels de la maternité.....	10
4.1.2. Distribution du niveau de qualité du sondage évacuateur par rapport aux recommandations ..	10
4.1.3. Distribution du niveau de qualité du sondage évacuateur par rapport au protocole local	10
4.1.4. Niveau de cohérence du protocole local par rapport aux recommandations	10
4.2. Résultats attendus pour le réseau	11
4.2.1. Description des maternités	11
4.2.2. Description des professionnels des maternités	11
4.2.3. Distribution de disponibilité de matériel	11
4.2.4. Distribution du niveau de qualité du sondage évacuateur par rapport aux recommandations ..	11
4.2.5. Niveau de cohérence des protocoles locaux.....	11
4.2.6. Corrélation entre les nombres moyens de critères déclarés observés par les personnes évaluées (toujours ou souvent) dans chaque maternité et les RSIN des infections urinaires post accouchement voie basse des maternités participant à l'étude.	11
4.2.7. Corrélation entre le nombre de critères retrouvés dans les maternités et les RSIN des infections urinaires post accouchement voie basse des maternités participant à l'étude.	11
4.3. Poster et rapport.....	11
5. RETRO INFORMATION	12
6. PLAN D' ACTIONS D' AMELIORATION ET REEVALUATION.....	12

Abréviations

CClin : centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales

CH : centre hospitalier

CHG : centre hospitalier général

CHU : centre hospitalier universitaire

HCSP : haut conseil supérieur public

IDE : infirmier diplômé d'état

MCO : médecine chirurgie obstétrique

PSPH : participant au service public hospitalier

SFHH : société française d'hygiène hospitalière

1. Méthodologie

1.1. Contexte

Dans le rapport annuel 2015 du réseau de surveillance MATER Sud-est, comme dans celui de 2010, les résultats montrent que l'infection urinaire est l'infection nosocomiale la plus fréquente chez les accouchées par voie basse. Chez les femmes accouchées par césarienne, l'infection urinaire est en seconde place.

Les odds-ratios ajustés des infections urinaires acquises lors des accouchements par voie basse (calculés en référence à l'année 1999 de surveillance du réseau) ne passent jamais significativement en dessous de 1 : la survenue d'infection urinaire nosocomiale n'est donc pas maîtrisée dans les accouchements par voie basse¹.

Le réseau de surveillance MATER Sud-est a étudié la variation des facteurs de risque d'infection au cours des accouchements par voie basse de 1999 à 2015. La fréquence de réalisation d'un sondage évacuateur a augmenté régulièrement et le nombre de sondages par patiente a aussi augmenté.

Le risque d'infection urinaire nosocomiale lié au sondage évacuateur n'est pas maîtrisé dans les accouchements par voie basse du fait en particulier de l'augmentation de fréquence des péridurales.²

Le comité de pilotage du réseau a donc décidé de relancer une campagne d'information sur la bonne pratique du sondage évacuateur dans les accouchements par voie basse, basée sur une nouvelle réalisation de l'audit de pratique du sondage évacuateur stérile déjà effectué en 2012.

L'outil d'évaluation reprend le travail élaboré en 2012 par un groupe de travail issu du comité de pilotage du réseau MATER du CCLIN Sud-Est et validé par l'ensemble du comité de pilotage.

Il a pour objectif d'aider les établissements à évaluer les ressources disponibles pour le respect des bonnes pratiques du sondage évacuateur stérile et les pratiques déclarées du personnel réalisant ce geste.

L'établissement pourra si besoin, mettre, en place les améliorations nécessaires à partir des indications proposées dans le rapport automatisé.

Cet audit peut également accompagner un programme de formation sur le sondage évacuateur stérile.

2. Principes de l'audit et objectifs

2.1. Objectifs pour la maternité

Objectifs principaux :

- Mesurer l'application des bonnes pratiques du sondage évacuateur stérile en croisant les pratiques déclarées avec les pratiques codifiées du sondage évacuateur vésical du protocole de l'établissement.
- Evaluer la qualité des pratiques déclarées en regard des pratiques recommandées du sondage évacuateur vésical.
- Comparer le niveau de cohérence du protocole local avec les recommandations.

Objectif secondaire : sensibiliser le personnel aux recommandations en vigueur.

2.2. Objectifs pour le réseau

- Croiser le niveau de qualité du sondage évacuateur mesurée sur la base des déclarations des pratiques (mesuré par rapport aux pratiques recommandées) avec les RSIN des infections urinaires post accouchement voie basse.
- Croiser le niveau de cohérence du protocole local mesuré par rapport aux recommandations avec les RSIN des infections urinaires post accouchement voie basse.
- Mesurer la disponibilité des matériels ergonomiques dans les maternités.

2.3. Référentiel

Le guide de la SFHH et du HCSP : « Surveiller et prévenir les infections associées aux soins : recommandations ». Septembre 2010³.

2.4. Type d'étude et méthode de mesure

Audit mixte

- De ressources (protocole, matériel) et de pratiques

Niveaux de l'audit

- Le service de maternité
- Les professionnels : tous personnels soignants (médicaux, sages-femmes et paramédicaux) qui interviennent en salle d'accouchements et dans les unités de suites de naissances (suites de couches).

Méthodes de mesure

- Evaluation des ressources à l'échelon du service
- Auto-évaluation des pratiques à l'échelon du personnel

Documents de recueil des données

- Questionnaire pour le service
- Auto-questionnaire pour le personnel

2.5. Champs d'application

- Etablissements concernés : tout établissement de santé, quel que soit son statut (public, privé, PSPH) et sa catégorie (CHU, CH et CHG, clinique MCO) possédant un service de maternité (bloc obstétrical et service de suites de couches)
- Services concernés : les blocs obstétricaux et les services de suites de naissances.
- Professionnels concernés : médecins seniors, assistants et internes, sages-femmes, infirmier(e)s spécialisé(e)s, infirmier(e)s.
Population exclue : étudiants toutes catégories professionnelles

2.6. Taille et constitution de l'échantillon

- fiche service : 1 seule fiche par service audité
- fiche auto-évaluation des pratiques professionnelles : 1 fiche par professionnel

Le nombre de fiches à recueillir dépend du nombre de personnels travaillant dans chaque service. L'objectif est de faire réaliser cette auto-évaluation par l'ensemble des professionnels. La diversité des fonctions présentes dans l'établissement doit être représentée.

2.7. Calendrier

- Durée de l'audit : la durée ne doit pas excéder 2 à 4 semaines maximum afin d'assurer un retour rapide de résultats dans le service audité.
- Après la mise en place d'axes d'amélioration ou d'actions de formation, prévoir une nouvelle évaluation dans un délai de 9 à 12 mois avec la même grille.
- Le retour des données au CCLIN doit avoir lieu au plus tard le **30 septembre 2017** pour les maternités souhaitant participer à l'analyse globale.

2.8. Critères évalués

- Existence d'une procédure et son contenu
- Mise à disposition de ressources matérielles
- Pratiques des professionnels concernant le sondage évacuateur stérile.

3. Organisation de l'audit

Une personne responsable de l'audit doit être identifiée.

3.1. *Rôle du responsable de l'audit*

Il coordonne la mise en place de l'audit :

- Information du chef de service, du coordonnateur de la gestion des risques, de la direction des soins et de la direction de l'établissement,
- Organisation des différentes étapes de l'audit (de sa préparation jusqu'à la diffusion des résultats),
- Information des audités sur le principe, les modalités (fiches à remplir, retour des données), et la période de l'auto-évaluation.
- Distribution des fiches d'évaluation après avoir complété le nom de l'établissement et le code Réseau MATER de la maternité (999 si la maternité ne participe pas au réseau).
- Effectuer des relances nécessaires auprès des audités pour le remplissage et le retour des fiches.
- Réponses aux éventuelles interrogations des audités.
- Récupération des fiches, vérification du remplissage et faire compléter si besoin.
- Codage des fiches.
- Organisation du traitement des données (saisie, analyse et édition du rapport).
- Organisation de la restitution des résultats et proposition de pistes d'amélioration si besoin en collaboration avec les responsables des services.
- Programmation du suivi des réajustements (réévaluation à programmer).

3.2. *Mise en œuvre*

Les outils de recueil des données sont constitués de 2 fiches :

- fiche « service »,
- fiche « auto-évaluation des pratiques professionnelles ».

La fiche « service » est à remplir par le cadre sage-femme du service audité, le correspondant en hygiène hospitalière ou toute autre personne ayant une bonne connaissance du service.

La fiche d'auto-évaluation des pratiques est remplie par chaque membre du personnel participant à cet audit. **Pour rappel, seuls les personnels travaillant dans un service évalué peuvent être inclus.**

Chaque fiche comporte 2 parties :

- une à remplir lors du recueil des données par l'audité
- une autre à renseigner postérieurement à l'auto-évaluation : le codage (partie grisée) et la validation finale. Cette dernière partie sera renseignée par le responsable de l'audit.

3.3. *Validation et codage des données*

Ces deux étapes sont nécessaires avant la saisie informatique. Elles garantissent la qualité de l'information saisie. Elles sont effectuées sous le contrôle du responsable de l'audit à l'aide du guide de codage dont une partie se trouve dans ce protocole.

3.4. *Consignes de recueil et de codage pour la fiche Maternité*

Code de la maternité : compléter par le code de participation au réseau pour les maternités participantes ; si la maternité ne participe pas au réseau compléter par 999

Effectifs totaux des équipes incluses dans l'étude : en nombre de personnes (quelque soit le temps de travail) et non en équivalent temps plein. Les intérimaires, stagiaires et personnels en formation sont exclus. Pour les obstétriciens/internes compter les seniors, assistants et internes.

Protocole

Une procédure écrite est disponible dans la maternité pour le sondage vésical évacuateur ponctuel : répondre oui, si la procédure est disponible en version papier dans un classeur ou en accès informatique (Intranet par exemple) ; répondre non s'il n'y a pas de procédure ou qu'elle n'est pas accessible pour le personnel des maternités.

Coder Oui, Non ou NR pour Inconnu.

Désinfection des mains par frictions avant sondage : répondre oui, si cette consigne figure dans le protocole. Répondre non, si la consigne est un lavage simple ou antiseptique.

Coder Oui, Non ou NR pour Inconnu.

Toilette génitale large : répondre oui, si cette consigne figure dans le protocole en précisant que la toilette doit concerner toute la zone uro-génitale et anale ainsi que le haut des cuisses.

Coder Oui, Non ou NR pour Inconnu.

Antiseptie vulvo-périnéale à la compresse : répondre oui, si cette consigne figure dans le protocole ; répondre non si l'utilisation de compresse n'est pas clairement spécifiée. Coder Oui, Non ou NR pour Inconnu.

Utilisation de gants stériles : répondre oui, si cette consigne figure dans le protocole pour le temps de sondage.

Coder Oui, Non ou NR pour Inconnu.

Utilisation de champ de table stérile : répondre oui, si cette consigne figure dans le protocole que ce champ soit en satellite ou dans le set de sondage.

Coder Oui, Non ou NR pour Inconnu.

Utilisation de champ stérile fendu : répondre oui, si cette consigne figure dans le protocole que ce champ stérile fendu soit en satellite ou dans le set de sondage.

Coder Oui, Non ou NR pour Inconnu.

Utilisation de sonde lubrifiée : répondre oui, si la sonde mentionnée est auto ou pré-lubrifiée ; répondre non, si la sonde mentionnée est une sonde sèche que l'on lubrifie avec un gel en uni dose.

Coder Oui, Non ou NR pour Inconnu.

Sondage en système clos : répondre oui, si cette consigne figure dans le protocole, quelque soit le système utilisé (pré connecté ou adapté juste avant le sondage).

Coder Oui, Non ou NR pour Inconnu.

Matériel à disposition

Sonde lubrifiée : répondre oui, si les professionnels ont accès à des sondes auto ou pré-lubrifiée ; répondre non, s'ils n'ont accès qu'à des sondes sèches que l'on lubrifie avec un gel en uni dose.

Coder Oui, Non ou NR pour Inconnu.

Système clos pré-connecté : répondre oui, si les professionnels ont accès à un système clos pré connecté ; répondre non s'ils doivent adapter sonde et sac avant le sondage.

Coder Oui, Non ou NR pour Inconnu.

Set de sondage : répondre oui, si les professionnels ont accès à un set de sondage incluant le matériel de toilette uro-génitale, les champs stériles et les compresses stériles.

Coder Oui, Non ou NR pour Inconnu.

Si non : champ de table stérile en satellite : ne pas remplir si un set de sondage est disponible ; répondre oui, si les professionnels ont accès à un champ de table stérile en satellite ; répondre non, si ils n'ont accès ni au set, ni au champ de table stérile.

Coder Oui, Non ou NR pour Inconnu.

champ stérile fendu en satellite : ne pas remplir si un set de sondage est disponible ; répondre oui, si les professionnels ont accès à un champ fendu stérile en satellite ; répondre non, si ils n'ont accès ni au set, ni au champ fendu stérile.

Coder Oui, Non ou NR pour Inconnu.

3.5. **Consignes de recueil et de codage pour la fiche Autoévaluation**

Code de la maternité : pré rempli par le coordonateur local de l'audit avec le code de participation au réseau pour les maternités participantes ; si la maternité ne participe pas au réseau compléter par 999

Numéro de fiche : ne pas remplir ; à compléter au moment de la saisie à partir de la valeur affichée par l'application

Fonction : cocher la case de votre fonction (une seule case cochée)

Coder 1 pour Sage Femme, 2 pour IDE, 3 pour Obstétricien ou Interne

Pour les questions ci dessous

Cocher les cases en fonction de la fréquence de vos pratiques (une seule par ligne).

Toujours correspond à une pratique systématique ; *Souvent* à une pratique non systématique mais régulièrement observée ; *Parfois* à une pratique occasionnelle ; *Jamais* à l'absence de cette pratique.

Coder 0 pour *Jamais*, 1 pour *Parfois*, 2 pour *Souvent*, 3 pour *Toujours* et 9 pour *Inconnu*

Préalables

Port de masque après rupture des membranes : lorsque vous réalisez un sondage après rupture des membranes vous portez un masque chirurgical.

Désinfection des mains par friction avant le sondage : vous réalisez une désinfection des mains par friction. Si vous réalisez un lavage simple ou antiseptique, répondez « *Jamais* ».

Préparation de la patiente : faites vous ou vous assurez vous qu'il a été fait?

Une toilette génitale large avec rinçage et essuyage : la toilette doit concerner toute la zone uro-génitale et anale ainsi que le haut des cuisses.

Une antiseptie vulvo-périnéale à la compresse : cette antiseptie doit être réalisée avec une compresse et non par projection d'antiseptique

Réalisation du sondage : utilisez vous ?

Des gants stériles : pour l'introduction de la sonde, vous portez des gants stériles

Un champ de table stérile : vous disposez votre matériel de sondage sur un support protégé par un champ de table stérile

Un champ stérile fendu : vous installez un champ stérile fendu sur la patiente avant de sonder

Une sonde lubrifiée stérile soit pré-lubrifiée ou auto lubrifiée (y compris si kit avec sonde et sac scellés) : Vous utilisez une sonde auto ou pré lubrifiée et non une sonde sèche que vous lubrifiez avec un gel en uni dose

Un système clos stérile (soit kit prêt à l'emploi - sac et sonde scellés, soit sonde et sac connectés avant sondage) : Vous réalisez le sondage en système clos quelque soit le matériel à disposition.

3.6. Saisie informatique des données

Après codage et validation des données, la saisie est réalisée sous le contrôle du responsable de l'audit.
ATTENTION : toute fiche incomplète devra être complétée avant saisie.

Les fiches papiers sont saisies localement à l'aide de l'application informatique élaborée par le CCLIN Sud-Est.

Un guide informatique est fourni pour aider à l'installation de l'application et à la saisie des données.

Pour les fiches d'autoévaluation, il est nécessaire de reporter le numéro donné par l'application sur la fiche papier.

Dès que la saisie des observations est terminée et vérifiée, chaque établissement peut éditer ses résultats.

4. Résultats attendus

4.1. Résultats attendus pour les maternités

4.1.1. Description des professionnels de la maternité

Sage femmes / IDE / Obstétriciens / Internes en médecine

4.1.2. Distribution du niveau de qualité du sondage évacuateur par rapport aux recommandations

% désinfection des mains par friction avant le sondage
% réalisation d'une toilette génitale large
% réalisation d'une antisepsie vulvo-vaginale à la compresse
% port de gants stériles
% utilisation d'un champ fendu stérile
% utilisation d'un champ de table stérile
% utilisation d'une sonde lubrifiée
% réalisation d'un sondage en système clos
Nombre de critères déclarés observés par personne.

4.1.3. Distribution du niveau de qualité du sondage évacuateur par rapport au protocole local

Cette distribution n'est pas analysée automatiquement. Il est recommandé à chaque maternité de se poser les questions suivantes :

- Les personnes évaluées respectent-elles les consignes du protocole local ?
- Les personnes évaluées respectent-elles des recommandations nationales non reprises dans le protocole local ?

Les réponses à ces questions permettront de mieux définir le programme d'amélioration (révision du protocole, révision du matériel, formation du personnel...).

4.1.4. Niveau de cohérence du protocole local par rapport aux recommandations

Ce niveau de cohérence est constaté à partir des critères suivants :

- Il existe un protocole écrit pour le sondage évacuateur
- Ce protocole exige une désinfection des mains par friction avant le sondage
- Ce protocole exige une toilette génitale large
- Ce protocole exige une antisepsie vulvo-vaginale à la compresse
- Ce protocole exige le port de gants stériles
- Ce protocole exige l'utilisation d'un champ fendu stérile
- Ce protocole exige un champ de table stérile
- Ce protocole exige une sonde lubrifiée
- Ce protocole exige un sondage en système clos

Nombre de critères retrouvés (max 9)

4.2. Résultats attendus pour le réseau

4.2.1. Description des maternités

Participation ou non au réseau de surveillance

4.2.2. Description des professionnels des maternités

Sage femmes / IDE / Obstétriciens / Internes

4.2.3. Distribution de disponibilité de matériel

% de maternité ayant des sondes lubrifiées à disposition

% de maternité ayant des systèmes clos pré-connectés à disposition

% de maternité ayant des sets de sondage à disposition

% de maternité ayant des champs de table stériles en satellite à disposition

% de maternité ayant des champs fendus stériles en satellite à disposition

4.2.4. Distribution du niveau de qualité du sondage évacuateur codifié dans le protocole par rapport aux recommandations

% désinfection des mains par friction avant le sondage

% réalisation d'une toilette génitale large

% réalisation d'une antisepsie vulvo-vaginale à la compresse

% port de gants stériles

% utilisation d'un champ fendu stérile

% utilisation d'un champ de table stérile

% utilisation d'une sonde lubrifiée

% réalisation d'un sondage en système clos

Nombre de critères déclarés observés par personne : Minimum, Maximum, Médiane, 1° quartile, 3° quartile, Moyenne, Déviation Standard.

4.2.5. Niveau de cohérence des protocoles locaux

- Il existe un protocole écrit pour le sondage évacuateur
- Ce protocole exige une désinfection des mains par friction avant le sondage
- Ce protocole exige une toilette génitale large
- Ce protocole exige une antisepsie vulvo-vaginale à la compresse
- Ce protocole exige le port de gants stériles
- Ce protocole exige l'utilisation d'un champ fendu stérile
- Ce protocole exige un champ de table stérile
- Ce protocole exige une sonde lubrifiée
- Ce protocole exige un sondage en système clos

Nombre de critères retrouvés (max 9)

4.2.6. Corrélation entre les nombres moyens de critères déclarés observés par les personnes évaluées (toujours ou souvent) dans chaque maternité et les RSIN des infections urinaires post accouchement voie basse des maternités participant à l'étude.

Calcul des nombres moyens de critères déclarés observés par les personnes évaluées : somme des « souvent » et « toujours » pour les 8 critères divisée par le nombre de personnes évaluées par maternité.

4.2.7. Corrélation entre le nombre de critères retrouvés dans les maternités et les RSIN des infections urinaires post accouchement voie basse des maternités participant à l'étude.

4.3. Rapport

Les résultats sont présentés dans un rapport complet.

5. Rétro information

Pour être efficace, la restitution des résultats aux équipes auditées doit être rapide, ciblée et accompagnée de propositions d'amélioration.

L'obtention de résultats n'est pas une fin en soi mais le commencement d'une action.

6. Plan d'actions d'amélioration et réévaluation

Si des écarts entre les pratiques et les procédures écrites sont observées, le responsable du projet en concertation avec les responsables du service, présente les points à améliorer au responsable de l'établissement, président du CLIN et aux professionnels impliqués dans le projet pour établir un plan d'action d'amélioration et de réévaluation.

Ce plan d'amélioration identifie : les mesures correctives, dont la priorité est définie en fonction des écarts et de la nature des actions, le calendrier prévisionnel des actions, le responsable de chaque action.

references

1. Ayzac L, Caillat-Vallet E, Girard R, Berland M. The "RESEAU MATER": An efficient infection control for endometritis, but not for urinary tract infection after vaginal delivery. *J Infect Public Health*. Sep 1 2016.
2. Queuille E, Girard R. Qu'est ce qui favorise l'infection urinaire de la femme accouchant par voie basse sous analgésie péridurale? *HygièneS*. 1999;VII:432-433.
3. SFHH, HCSP. Surveiller et prévenir les infections associées aux soins : recommandations. *Hygiène's*. Septembre 2010 2010;XVIII(4):1-175.