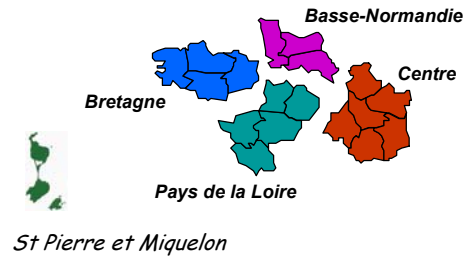




Centre de Coordination de la Lutte
contre les Infections Nosocomiales
(inter région OUEST)



Hygiène en maternité

Recommandations

Grilles d'auto-évaluation



Deuxième version 2005

Document validé en Conseil Scientifique du 7 septembre 2004

Composition du groupe de travail (des deux versions) et des lecteurs (ordre alphabétique)

	Titre	Nom	Fonction	Lieu	Rég	Dép
1.	Mme Dr	AUPEE M.	PH Hygiène	CHU - RENNES	BRE	35
2.	Mme	AYMA F.	IDE Hygiène	CH - QUIMPERLE	BRE	29
3.	M. Dr	BARON R.	PH Hygiène	CHU - BREST	BRE	29
4.	Mme Dr	BERDIN F.	PH Hygiène	CH Laval	PDL	53
5.	Mme	BETHUYS	Cadre sage-femme	CH ST NAZAIRE	PDL	44
6.	Mme	BEUVE-KRUG		VIRE	BNO	14
7.	Mme	BIDET	Cadre sage-femme	CH QUIMPERLE	BRE	29
8.	Mme	BIHAN MC.	Puéricultrice	CH ST NAZAIRE	PDL	44
9.	Mme	BOUCHET E.	Sage-femme	CH ST NAZAIRE	PDL	44
10.	Mme	BOSEE M.	Cadre puéricultrice	CL Naissance - ST SEBASTIEN	PDL	44
11.	M. Dr	BRANGER B.	PH coordinateur	C.CLIN-Ouest		35
12.	Mme	BRISHOUAL M.	Cadre Hygiène	CH CHATEAUBRIANT	PDL	44
13.	M. Dr	BUISSON	Président CLIN	Cl. Anjou-St Louis - ANGERS	PDL	49
14.	Mme	CADIC C.	Cadre sage-femme	CH PAIMPOL	BRE	22
15.	Mme	CASSAGNE S.	Aide-soignante	CH ST NAZAIRE	PDL	44
16.	Mme	CENCIER C.	Cadre sage-femme	CHIC - QUIMPER	BRE	29
17.	Mme	CHAUVIERE M.	Sage-femme	CH DINAN	BRE	22
18.	Mme	CHEVALLIER		Cl. Anjou-Espérance - ANGERS	PDL	49
19.	Mme	COURTOIS	Président CLIN	Cl. Anjou-Espérance - ANGERS	PDL	49
20.	Mme	COUSIN M.	Cadre sage-femme	CH ST NAZAIRE	PDL	44
21.	Mme	DANIEL M.	Cadre sage-femme	CH CHATEAUBRIANT	PDL	44
22.	Mme	DELAIRE B.	IDE Hygiène	CH CHOLET	PDL	49
23.	M. Dr	DELILLE F.	PH - Président CLIN	CH LE MANS	PDL	72
24.	Mme	DENIS E.	Cadre Hygiène	CH ST NAZAIRE	PDL	44
25.	Mme	DENIS V.	IBODE	CHU NANTES	PDL	44
26.	Mme	DERREDINGER I.	Cadre Sup. Sage-femme	CHU NANTES	PDL	44
27.	Mme	DESJARDINS		CL ST DOULCHARD	CEN	18
28.	Mme	DUTERTRE		CH Anjou-CHATEAU-GONTIER	PDL	53
29.	Mme	DUVEAU	Cadre sage-femme	CH ST MALO	BRE	35
30.	Mme	ERTZSCHEID MA	IDE Hygiène	C.CLIN-Ouest		35
31.	Mme	EUVRARD-TASSET	IDE Hygiène	CH LANDERNEAU	BRE	29
32.	Mme	FLEURY AM.	Cadre Sage-Femme	PSSL - LA FLECHE - SABLE	PDL	72
33.	Mme	FONTAINE M.	Hygiène	CH DINAN	BRE	22
34.	Mme	FORET	Cadre Sage-femme	CH CHATEAU-GONTIER	PDL	53
35.	M. Dr	GARCIA J.	Pédiatre	ST NAZAIRE	PDL	44
36.	Mme	GASPAILLARD E.	IDE Hygiène	CH ST BRIEUC	BRE	22
37.	Mme	GAUCHET MH.	Auxiliaire Puériculture	CH CHATEAUBRIANT	PDL	44
38.	Mme	GAZEAU G.	Sage-femme	CH ST NAZAIRE	PDL	44
39.	Mme	GILLOT N.	Cadre Sage-femme	CH - ST BRIEUC	BRE	22
40.	Mme	GOURVELLEC C.		CH PLOERMEL	BRE	56
41.	Mme	GUERIN B.		CH FONTENAY-LE-COMPTÉ	PDL	85
42.	Mme	GUERN MC.	Puéricultrice	CL Mutualiste - RENNES	BRE	35
43.	Mme	GUYOMARD F.	Cadre Sage-femme	CL Mutualiste - RENNES	BRE	35
44.	Mme	HUE R.	PH Hygiène	CH CHALLANS-RES/ VENDEE	PDL	85
45.	Mme	JOSSET E.		CH ST BRIEUC	BRE	22
46.	Mme	KERFORN-CALLOCH C.	Sage-femme	CL - ST HERBLAIN	PDL	44
47.	Mme	KERGUELEN	Sage-femme	CH DINAN	BRE	22
48.	Mme	KLINGLER F.	Sage-femme	CHIC - QUIMPER	BRE	29
49.	Mme	LAIGNEAU MC.		CH LAVAL	PDL	53
50.	M. Dr	LAUDAT P.	Président CLIN	RECCIN - TOURS	CEN	37
51.	Mme Dr	LE BAIL	PH Hygiène	CH Vannes	BRE	56
52.	Mme	LE FLOC'H R.	Puéricultrice	CH QUIMPER	BRE	29

	Titre	Nom	Fonction	Lieu	Rég	Dép
53.	Mme	LE FLOHIC AM.	PU-PH	CHU - BREST	BRE	29
54.	Mme	LE GAL C.		CH PLOERMEL	BRE	56
55.	Mme	LE GOFF		CH PAIMPOL	BRE	22
56.	Mme	LE GUEN V.	IDE Hygiène	CHU RENNES	BRE	35
57.	Mme	LE GUEN S.	Sage-Femme	CH ST BRIEUC	BRE	22
58.	M. Dr	LECLERC P.	Biologiste	CL TER - LORIENT	BRE	56
59.	Mme	LECOMPTE J.		CH LAVAL	PDL	53
60.	M. Pr	LEJEUNE B.	PU-PH Hygiène	CHU Brest	BRE	29
61.	Mme Dr	LE MOIGNE E.	PH - Président CLIN	CH - LANDERNEAU	BRE	29
62.	M. Dr	LEONARD PY.	Président CLIN	CL LE MANS	PDL	72
63.	M.	LESERVOISIER R.	IDE Hygiéniste	CH AVRANCHES - GRANVILLE	BNO	50
64.	Mme	MADEC	Sage-femme	CH PAIMPOL	BRE	22
65.	Mme	MAILLARD A.	IDE Hygiène	CH LAVAL	PDL	53
66.	Mme	MAUL	Sage-femme	CH LANNION	BRE	22
67.	Mme	MEAR C.	PH Hygiène	CH ST BRIEUC	BRE	22
68.	Mme	MIARD M.	Puéricultrice	CH ST NAZAIRE	PDL	44
69.	Mme	MIREBEAU V.	Sage-femme	Clinique du Ter - PLOEMEUR	BRE	56
70.	Mme	MOURENS C.	IDE Hygiène Coordin.	RHC - TOURS	CEN	37
71.	Mme	NAUDIN M.	IDE Hygiène	CH ANCENIS	PDL	44
72.	Mme	NEVEU Ch.	Cadre Hygiène	CH - DREUX	CEN	28
73.	Mme	NEVEU MN	Cadre Sage-femme	Clinique du Parc - CHAMBRAY	CEN	37
74.	Mme	PERRON S.	Interne Hygiène	CHU - NANTES	PDL	44
75.	Mme	PILLET	IDE Hygiène	CL Naissance - ST SEBASTIEN	PDL	44
76.	Mme	PINEAU B.	Sage-femme	CH CHATEAUBRIANT	PDL	44
77.	Mme	POINTEAU MF	Cadre Sage-femme	CL Atlantique - ST HERBLAIN	PDL	44
78.	Mme	RAMBAUD		CH Les Oudairies - LA ROCHE	PDL	85
79.	Mme	ROBERT H.	Cadre Sage-femme	CHU RENNES	BRE	35
80.	Mme	ROCHER J.	IDE Hygiène	CHD LA ROCHE-SUR-YON	PDL	85
81.	M. Dr	ROLLAND-JACOB G.	PH Hygiène	CH QUIMPER	BRE	29
82.	Mme Dr	ROLLAND-JACOB	Gynécologue-Obsté.	CH QUIMPER	BRE	29
83.	Mme	RUFFAT M.	Sage-femme	CH QUIMPER	BRE	29
84.	Mme	SAUVAGET F.	Sage-femme	CL Naissance - ST SEBASTIEN	PDL	44
85.	Mme	SIGOIGNE M.		CH LAVAL	PDL	53
86.	M. Dr	SIGNORELLI	Gynéco-Obstétricien	Clinique Jules Verne - NANTES	PDL	44
87.	Mme	SPONEM S.	Sage-femme	CH ST NAZAIRE	PDL	44
88.	Mme	TABARD		CH PLOERMEL	BRE	56
89.	Mme	TANGUY C.	IDE Hygiène	CH QUIMPER	BRE	29
90.	Mme	TASSIN C.	Puéricultrice	CL Atlantique - ST HERBLAIN	PDL	44
91.	Mme	TOUPIN A.	Puéricultrice	CH ST BRIEUC	BRE	22
92.	Mme Dr	SENECHAL H.	PH Hygiène	C.CLIN-Ouest		
93.	M. Dr	SIGNORELLI	Gynécologue-Obsté.	CL Naissance - ST SEBASTIEN	PDL	44
94.	M. Dr	TOURRES J.	Président de CLIN	CL Atlantique - ST HERBLAIN	PDL	44
95.	Mme	VETELLE N.	Sage-femme	CL Naissance - ST SEBASTIEN	PDL	44
96.	Mme	VINCE O.	Aux. Puéricultrice	CH ST NAZAIRE	PDL	44
97.	Mme Dr	WILLER	Président CLIN	CH Anjou- CHATEAU-GONTIER	PDL	53

Abréviations

- **ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
- **BMR** : Bactérie multi-résistante
- **CLIN** : Comité de lutte contre les infections nosocomiales
- **C.CLIN** : Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales
- **CTIN** : Comité technique national de la lutte contre les infections nosocomiales
- **DA** : Délivrance artificielle
- **DAS** : déchets d'activités de soins
- **DASRI** : Déchets d'activités de soins à risques infectieux
- **ECBU** : Examen cyto-bactériologique des urines
- **EOH** : Equipe opérationnelle d'hygiène
- **RAISIN** : Réseau d'Alerte, d'Investigation et de Surveillance des infections nosocomiales
- **RPM** : rupture prolongée des membranes = ouverture prolongée de la poche des eaux
- **RU** : Révision utérine
- **SARM** : *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline
- **SHA** : Solution hydro-alcoolique
- **TV** : Toucher vaginal
- **UU** : Usage unique
- **Virus** : **CMV** (cytomégalovirus), **HBV** (virus de l'hépatite B), **HCV** (virus de l'hépatite C), **HIV** (virus de l'immunodéficience acquise), **HSV** (virus de l'herpès), **HTLV** (« T cell Leukemia/lymphoma virus » ou virus de la leucémie lymphoïde T de l'adulte), **VZV** (virus du zona et de la varicelle),

Plan du document

Introduction.....	9
I. Objectifs.....	9
II. Contexte.....	9
III. Domaine d'application.....	9
1. Lieux et secteurs.....	9
2. Personnes.....	9
3. Procédures de soins.....	9
Les infections nosocomiales en maternité.....	10
I. Définitions.....	10
II. Gravité.....	10
III. Fréquence.....	11
1. Incidence.....	11
2. Méthode de surveillance.....	11
3. Facteurs de risques.....	12
Présentation du document.....	12
I. Description des processus.....	12
II. Les recommandations.....	13
III. Les fiches d'auto-évaluation.....	13
Les différents secteurs d'une maternité.....	15
I. Description.....	15
1. Les unités d'hospitalisation conventionnelle avec.....	15
2. Les unités de consultations et de soins ambulatoires avec.....	15
3. Le bloc obstétrical.....	15
4. Le bloc opératoire.....	16
II. Recommandations.....	18
III. Grille d'auto-évaluation pour les secteurs de maternité.....	18
Hygiène des soins.....	19
I. Les différents niveaux de risques infectieux des soins.....	20
1. Description.....	20
2. Grille d'auto-évaluation pour les niveaux de soins.....	21
II. Tenue vestimentaire selon les secteurs.....	21
1. Recommandations.....	21
2. Dans les secteurs de consultations et d'hospitalisation (<i>Avis d'expert</i>).....	21
3. Au bloc obstétrical (<i>Avis d'expert</i>).....	21
4. Au bloc opératoire (<i>Avis d'expert</i>).....	22
5. Tenue des accompagnants (<i>Avis d'expert</i>).....	22
6. Grille d'auto-évaluation pour la tenue vestimentaire.....	22
III. Hygiène des mains.....	23
1. Recommandations.....	23
2. Grille d'auto-évaluation pour l'hygiène des mains.....	27
IV. Les Précautions « Standard ».....	28
1. Recommandations générales.....	28
2. Les gants.....	28
3. Les masques.....	29
4. Grille d'évaluation pour les précautions standard.....	30
V. Précautions particulières.....	30
1. Recommandations (<i>Grade A</i>).....	30
2. Grille d'auto-évaluation pour les précautions particulières.....	31
VI. Nettoyage et désinfection des dispositifs médicaux.....	31
1. Principes.....	31
2. Catégories de DM.....	31
3. Recommandations (<i>Grade A et références réglementaires</i>).....	31
4. Grille d'auto-évaluation pour les dispositifs médicaux.....	35
VII. Les accidents d'exposition au sang.....	36
1. Principes.....	36
2. Recommandations.....	36
3. Grille d'auto-évaluation pour les AES.....	36
VIII. Les antiseptiques.....	37
1. Catégories d'antiseptiques.....	37
2. Différents modes d'antisepsie [3].....	37

3.	Recommandations	37
4.	Grille d'auto-évaluation des antiseptiques	38
IX.	Les déchets.....	39
1.	Catégories de déchets d'activités de soins (DAS)	39
2.	Grille d'auto-évaluation pour les déchets d'activités de soins	40
X.	Hygiène des locaux.....	40
1.	Classification	40
2.	Définition.....	40
3.	Recommandations	41
4.	Grille d'auto-évaluation pour les locaux	42
Soins aux parturientes en salle d'accouchement		43
I.	Préparation et pose d'un cathéter péridural.....	44
1.	Description de la procédure	44
2.	Recommandations	44
3.	Grille d'auto-évaluation pour la pose de péridurale.....	45
II.	Préparation du périnée.....	45
1.	Recommandations	45
2.	Grille d'auto-évaluation pour la préparation du périnée en salle d'accouchement.....	46
III.	Rupture provoquée de la poche des eaux	46
1.	Recommandations	46
2.	Grille d'auto-évaluation pour une rupture provoquée de la poche des eaux	47
IV.	Pose d'électrodes de scalp et manœuvres intra-utérines per-partum.....	47
1.	Recommandations pour les électrodes de scalp.....	47
2.	Les dispositifs de pression intra-utérine ou d'oxymétrie fœtale.....	48
3.	Grille d'auto-évaluation pour les manœuvres endo-utérines.....	48
V.	Hygiène de l'accouchement.....	48
1.	Recommandations	48
2.	Grille d'auto-évaluation pour l'expulsion	49
VI.	Réfection d'une épisiotomie.....	49
1.	Recommandations	49
2.	Grille d'auto-évaluation pour la réfection de l'épisiotomie	50
VII.	Extraction instrumentale (forceps, spatule, ventouse).....	50
1.	Recommandations	50
2.	Grille d'auto-évaluation pour la pose de forceps	51
VIII.	Délivrance artificielle et révision utérine	51
1.	Recommandations	51
2.	Grille d'auto-évaluation pour la délivrance artificielle et la révision utérine	51
IX.	Préparation pour une césarienne en urgence.....	52
1.	Recommandations	52
2.	Grille d'auto-évaluation pour la césarienne en urgence.....	52
X.	Préparation pour césarienne programmée.....	53
1.	Recommandations	53
2.	Grille d'auto-évaluation pour la césarienne programmée.....	53
Soins aux parturientes en hospitalisation		54
I.	Soins du périnée à l'accouchée.....	55
1.	Recommandations	55
2.	Grille d'auto-évaluation pour les soins du périnée post-partum.....	56
II.	Soins de la cicatrice de césarienne.....	56
3.	Grille d'auto-évaluation pour la cicatrice de césarienne.....	57
Hygiène en consultation d'obstétrique.....		58
I.	En salle d'échographie.....	59
1.	Recommandations	59
2.	Principes généraux du traitement du matériel d'échographie	60
3.	Traitement des sondes	61
4.	Traitement des autres dispositifs.....	62
5.	Organisation générale	63
6.	Grille d'auto-évaluation pour les examens échographiques.....	63
II.	En salle de consultation.....	63
1.	Recommandations	63
2.	Grille d'auto-évaluation pour les consultations	65
Soins d'hygiène aux nouveau-nés au bloc obstétrical		66
I.	Soins dans les 2 heures suivant la naissance	67
1.	Recommandations	67

2.	Grille d'auto-évaluation pour les soins aux nouveau-nés en salle de naissance	69
II.	Les couveuses en maternité.....	69
1.	Recommandations.....	69
2.	Grille d'auto-évaluation pour les couveuses.....	70
III.	Table de réanimation du nouveau-né.....	71
1.	Recommandations (Avis d'expert)	71
2.	Grille d'auto-évaluation pour la table de réanimation du nouveau-né	71
Soins aux nouveau-nés en chambre ou en nursery		72
I.	Soins au nouveau-né dans les heures qui suivent la naissance	73
1.	Recommandations.....	73
2.	Grille d'auto-évaluation pour les nouveau-nés dans les heures qui suivent la naissance	73
II.	Soins au nouveau-né dans les jours qui suivent la naissance.....	74
1.	Recommandations.....	74
2.	Grille d'auto-évaluation pour les nouveau-nés en nursery.....	75
III.	Matériels de soins du nouveau-né en suite de couches.....	75
1.	Recommandations.....	75
2.	Grille d'auto-évaluation pour les matériels de soins au nouveau-né.....	76
IV.	Hygiène des prélèvements et de pose de voies veineuses du nouveau-né.....	76
1.	Recommandations.....	76
2.	Grille d'auto-évaluation pour les prélèvements aux nouveau-nés.....	76
V.	Les précautions d'hygiène pour l'alimentation du nouveau-né.....	77
1.	Recommandations en cas d'allaitement maternel.....	77
2.	Recommandations en cas d'alimentation avec biberon	78
3.	Grille d'auto-évaluation pour l'alimentation du nouveau-né.....	79
VI.	Les surfaces en contact avec le nouveau-né.....	79
1.	Recommandations.....	79
2.	Grille d'auto-évaluation pour les sols et surfaces en contact avec le nouveau-né	79
VII.	Les précautions en cas de maladies transmissibles en maternité.....	80
1.	La mère ou le nouveau-né présente des lésions cutanées.....	80
2.	Une ou plusieurs mères sont porteuses de Streptocoque A (<i>Streptococcus aerogenes</i>).....	80
3.	Un nouveau-né présente une gastro-entérite	80
4.	Une mère ou des personnels présentent un herpès.....	80
5.	Grille d'auto-évaluation pour les cas de maladies transmissibles	80
Evaluation des résultats.....		81
	Grille d'auto-évaluation pour les résultats	81
Management.....		82
	Grille d'auto-évaluation pour le management	82
Annexe 1 : Hygiène du lait maternel		84
Annexe 2 : Définitions des infections nosocomiales en maternité		86
Annexe 3 : Fiche de surveillance des infections nosocomiales (Protocole national RAISIN)		89
Glossaire		90
Références.....		93
Grilles d'auto-évaluation à remplir avec la cotation.....		96

Attention

Les grilles à coter sont présentées à la fin de chaque point avec les cotations proposées. Elles sont reproduites de la page 98 à 105 avec une case vide pour la cotation ; elles sont également disponibles sur le site internet du C.CLIN-Ouest (www.cclinouest.com)

Introduction

I. Objectifs

L'objectif principal de ce document est de prévenir les infections nosocomiales en maternité, pour les femmes qui accouchent par voie basse ou par césarienne, et pour les nouveau-nés séjournant en maternité. L'objectif plus spécifique de ce document est de proposer des **grilles d'auto-évaluation** à partir d'un rappel succinct de recommandations basées sur des preuves. Ces grilles permettront aux équipes des maternités et des équipes opérationnelles d'hygiène (EOH) d'évaluer leurs ressources et leurs procédures en matière d'hygiène et de lutte contre les infections nosocomiales (IN).

II. Contexte

Le contexte d'une évaluation peut être variable :

- Préparation à la visite d'accréditation,
- Mise en place de procédures à évaluer,
- Points critiques mis en évidence, dysfonctionnement, plaintes
- Cas groupés d'IN, épidémie,
- Mauvais résultats de surveillance

III. Domaine d'application

1. Lieux et secteurs

Sont concernés les services de Gynécologie-Obstétrique et de Maternité, dans tous les secteurs pour la mère et le nouveau-né : salles d'accouchements, services, chambres, nurseries, consultations. Les services des interruptions volontaires de grossesse ne sont pas étudiés. Le bloc opératoire n'est pas étudié dans sa spécificité (voir [1]), ni les services de néonatalogie ou de réanimation néonatale. Les unités dites « Kangourou » sont intégrées aux secteurs des nouveau-nés des maternités.

2. Personnes

Tous les personnels des services, ainsi que les étudiant(e)s, élèves et les visiteurs ou accompagnants.

3. Procédures de soins

Toutes les procédures où il faut tenir compte de l'hygiène, sauf les soins urinaires (pose et maintenance de sonde urinaire, sondage évacuateur, pratique de l'ECBU) et les soins de cathéters périphériques (pose et maintenance, prise de sang...) qui ne sont pas spécifiques de la maternité et qui sont traités par ailleurs dans d'autres documents [2-4].

Les infections nosocomiales en maternité

I. Définitions

Selon la définition des « 100 recommandations », une infection nosocomiale est une infection contractée à l'hôpital (ou en clinique) alors que la personne n'en était pas atteinte à son admission [5]. Cette définition, pour s'appliquer en maternité, doit être complétée de plusieurs remarques :

- Les infections du nouveau-né par **transmissions materno-fœtales**, comme les infections à Streptocoque B (*Streptococcus agalactiae*), ne sont pas considérées généralement comme des infections nosocomiales.
- Les infections nosocomiales chez la mère ou le nouveau-né peuvent être **d'origine soit endogène, soit exogène**. Cependant, la distinction n'est pas toujours facile : un staphylocoque doré (*Staphylococcus aureus*) par exemple peut être présent naturellement chez un nouveau-né ou être acquis à partir d'autres nouveau-nés, d'autres mères ou de soignants. Dans le détail :
 - *Origine endogène* : ce sont les propres germes du patient qui sont en cause comme une infection urinaire chez la mère à Colibacilles (*Escherichia coli*), ou une infection cutanée à staphylocoque doré chez un nouveau-né présumé porteur. La responsabilité des soignants paraît limitée [6],
 - *Origine exogène* : c'est la flore d'autres patients ou de soignants qui infecte la mère comme le Streptocoque A (*Streptococcus pyogenes*), ou le nouveau-né comme le *Staphylococcus aureus* venant d'autres patients. Le mécanisme le plus fréquent est une transmission par les mains. La responsabilité des soignants peut être évoquée [6].
- Lorsque la **durée d'incubation** n'est pas connue, un délai de 48 heures après l'admission est nécessaire pour parler d'infection nosocomiale,
- Le diagnostic d'infection nosocomiale, pour la maternité, est effectué généralement **au cours du séjour** à la maternité, mais des infections peuvent apparaître jusque 48 heures **après le séjour hospitalier ou dans un autre service en cas de transfert**. Lorsque l'infection apparaît au-delà de 48 heures, l'infection est définie comme nosocomiale pour le nouveau service si elle apparaît dans un autre service, et communautaire si elle apparaît au domicile,.
- Des infections nosocomiales peuvent survenir lors de soins **en ambulatoire** lors des hospitalisations d'un jour ou de consultations : on préfère alors parler d'infections liées aux soins (ILS).

II. Gravité

Les infections nosocomiales en maternité sont généralement sans gravité [3] comme les infections urinaires, les infections de site opératoire superficielles ou les infections locales sur cathéter vasculaire pour la mère, ou les infections oculaires ou cutanées chez le nouveau-né.

Cependant, elles peuvent être redoutables dans certains cas [3]. Des décès sont signalés tous les ans par

infection avec en particulier des septicémies à streptocoque A (*Streptococcus pyogenes*) [7, 8]. Des péritonites ont été également décrites [8] ainsi que des méningites à la suite d'injections périurales pour anesthésie. Par ailleurs, des nouveau-nés peuvent présenter des septicémies avec décès, des arthrites infectieuses, des méningites nosocomiales [9].

III. Fréquence

1. Incidence

Les infections nosocomiales sont de fréquence très inégale selon les conditions de l'accouchement et les types d'établissement. On relève, par exemple [10, 11] :

- 0,5 à 5% d'infections nosocomiales après accouchement par voie basse
- 11,5 à 65% d'infections nosocomiales après césarienne
- 0,9 à 1,7% d'infections nosocomiales chez les nouveau-nés.

Les données du réseau de surveillance spécialisé du CCLIN-Sud-Est montrent, en 2003, 3.55 % d'infections nosocomiales après césarienne et 0.88 % après accouchement par voie basse [12-14]. Les données de Toulouse de la même année montrent 3.2% après césarienne et 1.5% après voie basse [15].

On constate une variabilité importante des taux d'infection entre régions et maternités. Cette variabilité est largement liée à la variabilité des patientes accueillies (fréquences diverses des facteurs de risque) et à la variabilité des pratiques, en relation avec l'expérience et la formation des personnels. Pour le réseau national, il est nécessaire de réaliser une standardisation, afin de rendre des résultats comparables, entre maternités et au cours du temps. Pour que cette standardisation réponde à l'attente, il est impératif de prendre en compte tous les facteurs d'ajustement liés au recrutement des maternités (mères, enfants). Le C.CLIN-Sud-Est propose pour chaque maternité des taux attendus d'IN en tenant compte de l'importance de ces facteurs de risques. C'est le sens du ratio standardisé d'infection (RSI) qui permet à chaque maternité de se comparer dans le temps et avec d'autres services.

2. Méthode de surveillance

Toute maternité doit surveiller les infections nosocomiales toute l'année ou une partie de l'année, pour toutes les infections ou une partie des infections (sur césarienne par exemple, ou les infections de cordon chez le nouveau-né).

◆ Principes

La surveillance des infections nosocomiales peut se réaliser selon plusieurs méthodes [9, 16, 17] :

- *Enquête de prévalence* un jour donné qui dépiste les infections apparues au jour de l'enquête et encore traitées pour telles (infections nosocomiales actives) : l'inconvénient est le caractère aléatoire du jour choisi.
- *Enquête d'incidence* sur une période donnée en incluant les entrants : c'est la méthode de référence à promouvoir et demandée au cours de l'accréditation.
- *Déclaration des soignants* : cette méthode est peu sensible, sauf pour les infections nosocomiales les plus graves.

- *Dépistage à partir du laboratoire de microbiologie* : c'est une sous-estimation puisque toutes les infections nosocomiales ne donnent pas lieu à des prélèvements microbiologiques.

◆ **Définitions**

L'annexe 2 présente les définitions des infections nosocomiales pouvant se rencontrer en maternité pour la parturiente ou pour le nouveau-né. Un guide de méthode a été élaboré dans le cadre du RAISIN par l'ensemble de tous les C.CLIN en 2005. Il est disponible auprès des C.CLIN [18].

3. Facteurs de risques

Un facteur de risque nosocomial [10] est un facteur qui expose les patients à un germe acquis dans le système de soins : on parle de **facteur causal**. Un facteur retrouvé associé à une infection peut être un **facteur de confusion**, c'est-à-dire qu'il n'agit pas directement, mais que son action est due à la présence d'un autre facteur - causal - qui lui est fréquemment associé. Par exemple, les primipares ont plus d'infections nosocomiales que les multipares ; vraisemblablement, c'est en raison de la durée du travail, du nombre de TV.. que la primiparité est retrouvée, mais pas pour des raisons propres à la parité. On trouvera dans le document « Surveillance en maternité 2005 » un exposé des facteurs retrouvés dans la littérature [18]. De manière générale, les facteurs de risques sont à distinguer selon les modalités d'accouchement :

- Toutes accouchées : infection urinaire maternelle, fièvre pendant le travail, ouverture prolongée de la poche des eaux, perte de sang > 800 ml
- Voies basses : anesthésie péridurale, manœuvre endo-utérine, manœuvre extractive, nombre de TV > 5, déclenchement, sondages évacuateurs ≥ 4
- Césariennes : première césarienne, césarienne programmée, absence d'antibioprophylaxie, anesthésie générale, sondage à demeure.

Présentation du document

I. Description des processus

Tout acte est un processus, tels que se laver les mains, préparer une patiente en vue d'un accouchement, prendre en charge un nouveau-né etc. ..Tout processus met en œuvre de façon variable un milieu, des personnes, de la matière, du matériel, une méthode, un management. Les processus de ce document sont exposés en tâches successives ; il appartiendra aux services d'élaborer par exemple des logigrammes détaillant plus ou moins finement l'enchaînement des actions.

Dans une **logique d'amélioration de la qualité**, l'état des lieux ainsi conduit avec les opérateurs concernés n'est qu'une première étape. Celle-ci doit être suivie d'une étude de pertinence des pratiques identifiées, en particulier à la lumière des dysfonctionnements observés ou quant aux risques potentiels, ici celui du risque infectieux. L'analyse peut ensuite donner lieu à la définition collective de pratiques nouvelles devant

permettre de diminuer ou supprimer la survenue du risque identifié. Cette amélioration doit être objectivée par des mesures. Les processus proposés ici sont d'un niveau de représentation insuffisant pour engager une analyse précise du risque. Ils sont destinés :

- à structurer le questionnement proposé au sein des fiches d'évaluation,
- à servir de support de départ pour engager localement des analyses fonctionnelles, si besoin au moyen de logigrammes plus détaillés. Ils auront pour objet d'identifier « ici et maintenant » les risques au sein du bloc opératoire concerné. Il est vraisemblable que soient alors mis en évidence des risques latents que la seule évaluation effectuée avec les fiches proposées aurait ignorés.

II. Les recommandations

Les recommandations mettent l'accent sur des points particuliers qui, dans la mesure du possible, sont basés sur des preuves avec des critères de force de preuves basées sur les recommandations de l'ANAES [19].

Tableau I : Grade des recommandations selon l'ANAES [19]

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature	Grade des recommandations
Niveau 1 <ul style="list-style-type: none"> • Essais comparatifs randomisés de forte puissance • Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés Analyse de décision basée sur des études bien menées	A Preuve scientifique établie
Niveau 2 <ul style="list-style-type: none"> • Essais comparatifs randomisés de faible puissance • Études comparatives non randomisées bien menées • Études de cohorte 	B Présomption scientifique
Niveau 3 <ul style="list-style-type: none"> • Études cas-témoins 	
Niveau 4 <ul style="list-style-type: none"> • Études comparatives comportant des biais importants • Études rétrospectives • Séries de cas 	C Faible niveau de preuve

De plus, lorsque le référentiel est réglementaire (loi, décret, arrêté, circulaire), la référence est notée « **Références réglementaires** ». En l'absence de référentiel, la mention « le groupe de travail recommande » est noté ou bien « **Avis d'expert** ».

III. Les fiches d'auto-évaluation

Chaque fiche d'évaluation comprend plusieurs colonnes :

- le numéro de la question, destinée à favoriser le traitement ultérieur des réponses,
- le critère prenant en compte le(s) point(s) critique(s) et/ou point(s) de passage obligé(s) identifié(s)

lors de l'analyse du processus concerné,

- l'indicateur ou les preuves permettant d'étayer une réponse objective,
- la cotation, structurée selon plusieurs axes : deux niveaux de réponses (**oui, non**) pour les critères pouvant concerner généralement les ressources ou l'existence de formalisation, et quatre niveaux de réponses (**A,B,C,D**) pour les critères concernant généralement une ou plusieurs procédures ou lorsque le critère concerne un grand nombre de personnes ou de situations (dans ce cas, A correspond au cas où toutes les personnes ou toutes les situations satisfont au critère, B où la majorité des personnes ou situations satisfont, etc..) (encadré 3). Une mention NA (non applicable) est prévue.

Tableau II : Les niveaux de cotation aux questionnaires d'évaluation

RESSOURCES, MATERIELS, FORMALISATION DE PROCEDURES	
▪ OUI	: indique que le critère est présent
▪ NON	: indique que le critère est absent
▪ NA	: non applicable pour ce critère
PROCEDURES	
▪ Niveau A	: indique que le critère satisfait totalement aux exigences du critère dans tous les cas, ou encore qu'il n'existe pas d'écarts constatés.
▪ Niveau B	: indique que le critère satisfait en grande partie aux exigences du critère, ou dans la majorité des cas, ou encore avec quelques écarts mineurs.
▪ Niveau C	: indique que le critère ne satisfait que très partiellement aux exigences du critère, ou dans peu de cas, ou encore avec quelques écarts pouvant générer des risques.
▪ Niveau D	: indique que le critère ne satisfait pas aux exigences du critère, ou dans aucun cas, ou encore avec un écart majeur mettant en jeu la qualité et la sécurité du processus.
▪ NA	: non applicable pour ce critère

Le critère n'a pas de prétention d'exhaustivité. Les équipes pourront avoir développé d'autres questions et d'autres indicateurs pour atteindre l'objectif. Chaque équipe pourra identifier localement des critères complémentaires qu'elle jugera pertinents. Ceux-ci peuvent concerner :

- des processus (existence de modalités de travail définies et appliquées),
- des résultats,
- des événements dits « sentinelle » (suivi des taux d'infections du site opératoire par exemple).

Le critère ne porte ici que sur les points identifiés relatifs au seul risque infectieux. Par ailleurs, il n'aborde pas les solutions à apporter pour satisfaire à la question (le comment), celles-ci relevant de la responsabilité de chaque établissement. Enfin, les rédacteurs n'ont pas souhaité hiérarchiser les risques au sein des fiches proposées.

Les différents secteurs d'une maternité

I. Description

Une maternité s'organise autour de plusieurs secteurs en nombre variable et de type divers selon les structures. La distinction des différents secteurs est fondamentale en terme d'hygiène pour la circulation des personnes, tels que patients, visiteurs, professionnels, et des matériels.

Le nombre de salles d'accouchement et de leur équipement est précisé dans l'arrêté du 25 avril 2000 et du Code de la Santé Publique (Sous-section IV du livre VII, titre Ier, chapitre II, section III)

On peut distinguer de manière générale :

1. Les unités d'hospitalisation conventionnelle avec

1.1. Unités de gynécologie médicale et chirurgicale.

1.2. Unités de gynéco-obstétrique comprenant

1.2.1. Unités de maternité avec les mères et les nouveau-nés,

1.2.2. Unités de soins spécifiques telles que nurseries, ou salles de soins,

1.2.3. Unités d'hospitalisation de femmes enceintes dans le cadre, par exemple, de surveillance de grossesses à risques,

2. Les unités de consultations et de soins ambulatoires avec

2.1. Unités d'hospitalisation de jour.

2.2. Cabinets de consultations

2.3. Salles d'échographies

2.4. Salles de soins et de prélèvements

2.5. Salles de stockage et de rangement

2.6. Salles d'accueil, salles d'attente..

2.7. Salles d'entretien et de ménage, salles des déchets

3. Le bloc obstétrical

3.1. Salles d'accouchement¹ ou salles de naissance

3.2. Salles de prise en charge des nouveau-nés (réanimation néonatale)

3.3. Salles de pré-travail

3.4. Salles de détente des parturientes (avec ou sans salles d'eau avec baignoires..)

3.5. PC central des sages-femmes et des intervenants en maternité ou bureaux

3.6. Salles pour les actes techniques : échographie, diagnostic anté-natal

¹ Le mot « Salle d'accouchement » a été retenu par le groupe de travail

- 3.7. Salles de consultations d'urgence
- 3.8. Salle de détente des professionnels
- 3.9. Salles de stockage et de rangement, salles d'entretien et de ménage, salles des déchets

4. Le bloc opératoire

- 4.1. Vestiaires d'entrée et de sortie
- 4.2. Salles d'opération
- 4.3. Salles de prise en charge des nouveau-nés (si différentes des lieux en 3.2.)
- 4.4. Salle des soins post-interventionnelle (SSPI)
- 4.5. Locaux techniques

Schéma I : Aspect général d'un service de Gynéco-Obstétrique

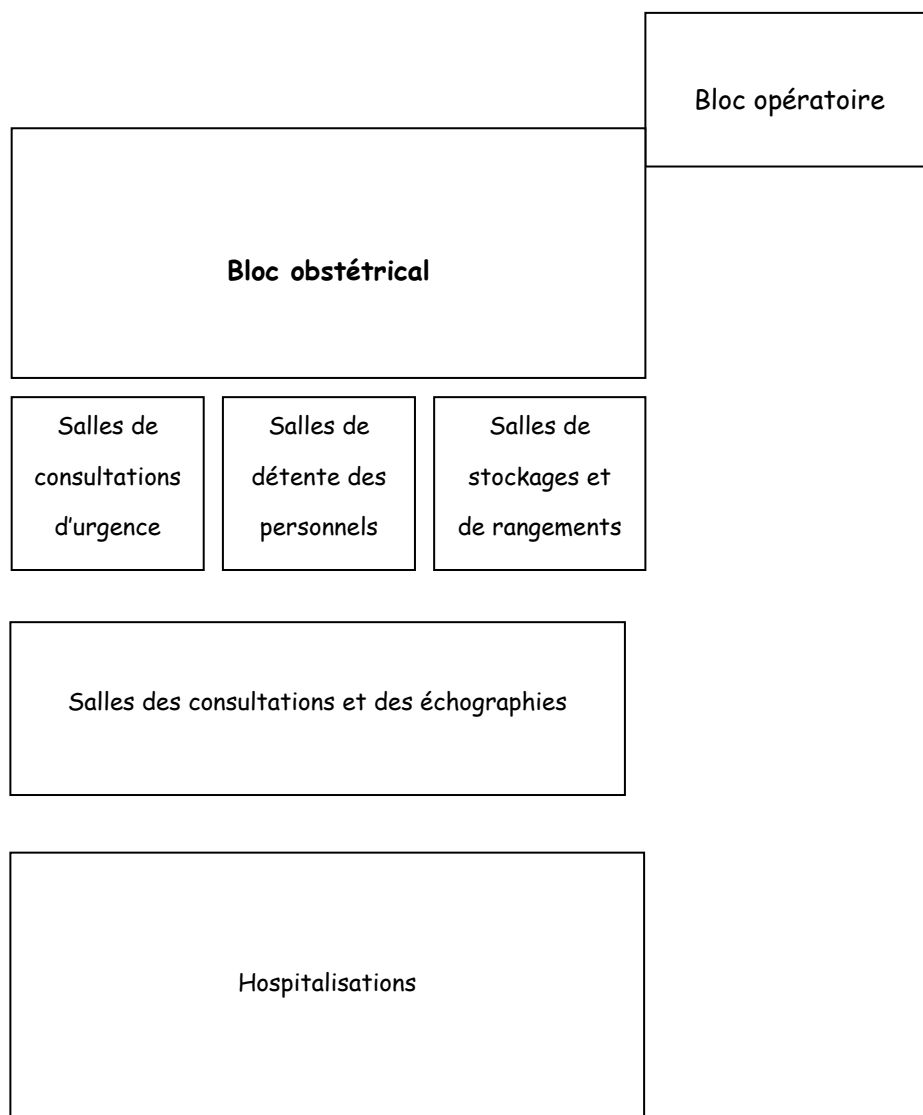
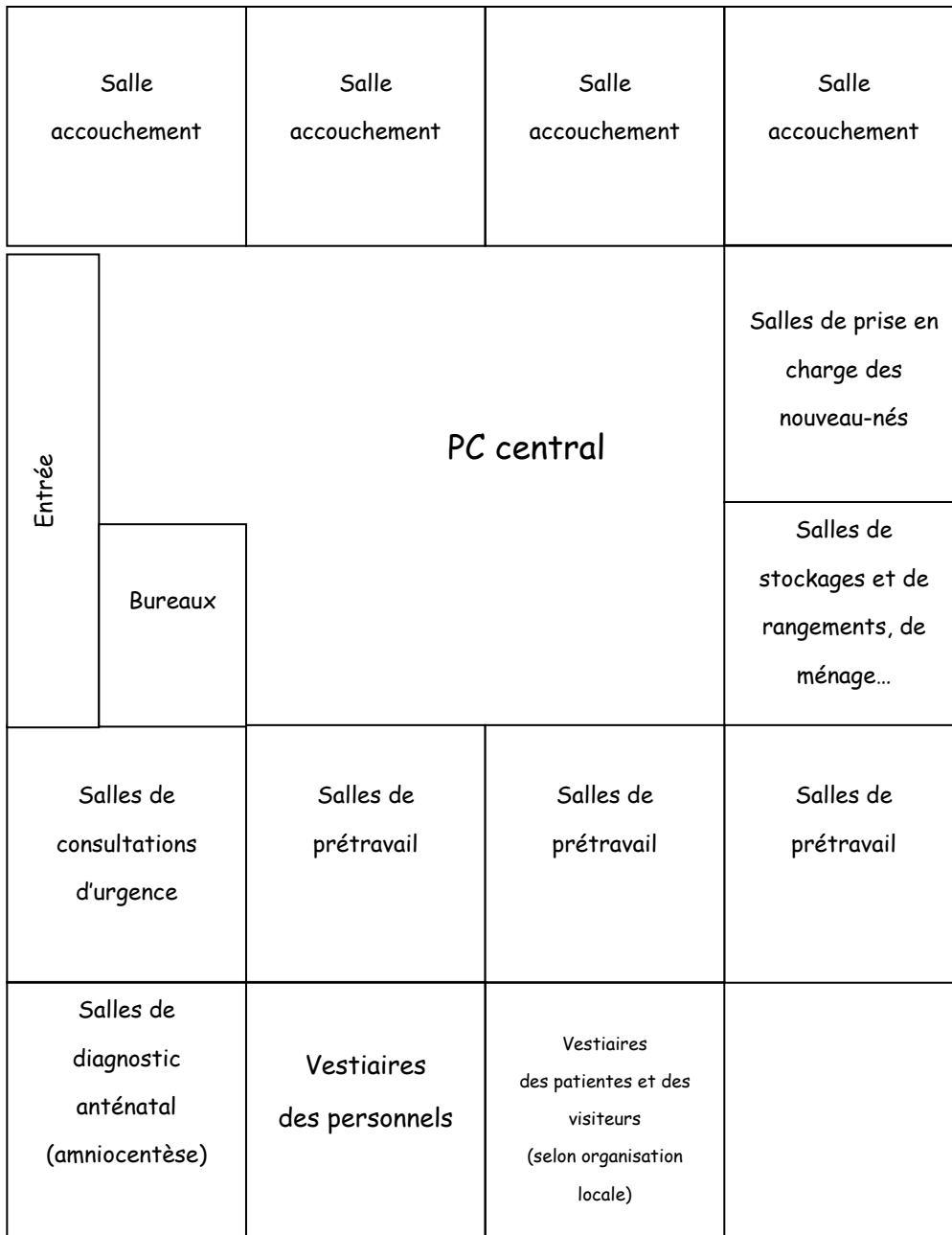


Schéma II : Aspect général du bloc obstétrical



Salles avec traitement d'air

II. Recommandations

Le groupe de travail (*avis d'expert*) émet les recommandations suivantes :

- Les différentes salles doivent être individualisées au moyen de plans et de signalétique. Leur fonction doit être formalisée.
- Les circuits de circulations doivent être connus et indiqués par une signalétique appropriée.
- Une formalisation des procédures d'entrée et de sortie des différentes salles doit être établie.
- Les salles accueillant les accouchements et les soins aux nouveau-nés sont ventilées pour contrôler la chaleur et l'humidité avec une installation de type VMC (COTEREHOS [20]), mais il ne s'agit pas d'une exigence réglementaire pour ces locaux. Les prélèvements particuliers ou microbiologiques de l'air ne sont pas non plus réglementaires [21, 22] et ne sont pas utiles en l'absence de maîtrise de la qualité de l'air. Certains établissements qui font des contrôles particuliers exigent une classe 8 (soit 3 500 000 particules de taille $\geq 0.5 \mu\text{m}^3$).
- Les salles où sont pratiquées les actes d'amniocentèse et les gestes à haut risque infectieux, doivent être adaptés à cet acte.

III. Grille d'auto-évaluation pour les secteurs de maternité

Ordre	Critères pour les secteurs de maternité	Indicateur	Cotation
1.	Une formalisation des fonctions des salles et des circulations est effectuée	- Charte de la maternité - Procédure écrite - Signalétique	Oui, Non
2.	Un traitement d'air existe dans les salles d'accouchement, et les salles pour les nouveau-nés	- Observation - Procédure d'entretien	Oui, Non
3.	La salle de diagnostic prénatal et d'amniocentèse est adaptée à cette activité	- Procédure écrite - Observation - Signalétique	Oui, Non

Hygiène des soins

Les principes exposés ici sont généraux et sont traités ailleurs dans des ouvrages spécifiques d'hygiène hospitalière.

Il s'agit de rappels rapides destinés à situer le contexte pour pouvoir remplir les grilles d'auto-évaluation

I. Les différents niveaux de risques infectieux des soins

1. Description

Le groupe de travail propose de classer le risque infectieux des soins en trois groupes selon le niveau de risque, par analogie avec la classification pour les DM ou l'hygiène des mains [5, 23, 24]. *Il appartiendra à chaque maternité de préciser dans son environnement le niveau de risque des actes pratiqués.*

Tableau III : Niveau de risques infectieux des actes spécifiques en maternité (*Avis d'expert*)

Actes et risques	Précautions
<p>Actes à faible risque (par exemple les actes en contact avec la peau saine)</p> <p><u>Mère</u> Soins cutanés sur peau saine Prélèvements veineux Soins vulvaires de suites de couches Soins de cicatrices post-opératoires ou sur épisiotomie Echographie simple Examen gynécologique avec TV « simple »</p> <p><u>Nouveau-né</u> Prise en charge du nouveau-né à la naissance (sans complication) Examen clinique du nouveau-né - Soins d'hygiène au nouveau-né Prélèvements sanguins, vaccins Alimentation du nouveau-né</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tenue de référence • Précautions standard avec gants non stériles en cas de contact avec du sang ou des liquides biologiques, et masque et blouse en cas de risques de projections • Désinfection par friction ou lavage simple des mains
<p>Actes à risque intermédiaire (par exemple les actes en contact avec des muqueuses)</p> <p><u>Mère</u> Accouchement par voie basse au moment de l'expulsion Pose de forceps et de ventouse Pose d'électrodes de scalp Actes gynécologiques après rupture de la poche des eaux Echographie vaginale Pose de sonde urinaire pour la mère Pose de cathéter court périphérique à la mère</p> <p><u>Nouveau-né</u> Pose de cathéter court périphérique au nouveau-né Intubation du nouveau-né et aspiration trachéale</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Masque avec visière ou lunettes de protection • Tenue de référence revêtue d'une blouse ou d'un tablier • Traitement hygiénique par friction ou lavage hygiénique des mains • Gants ou doigts stériles
<p>Actes à haut risque (par exemple les actes dits invasifs pénétrant une cavité stérile)</p> <p><u>Mère</u> Intervention chirurgicale - Césarienne Amniocentèse Anesthésie péridurale et rachi-anesthésie Oxymétrie fœtale et tocographie interne Délivrance artificielle et révision utérine Geste endovasculaire Episiotomie (réfection)</p> <p><u>Nouveau-né</u> Pose du cathéter ombilical au nouveau-né Ponction lombaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Masque avec visière ou lunettes de protection et coiffe • Désinfection chirurgicale ou lavage chirurgical des mains • Habillage stérile • Gants stériles

2. Grille d'auto-évaluation pour les niveaux de soins

Ordre	Critères pour les niveaux de soins	Indicateur	Cotation
4.	Les actes de soins sont formalisés et classés en fonction de leur niveau de risque	- Protocoles (procédures) datés, signés, validés selon une démarche-qualité	A,B,C,D

II. Tenue vestimentaire selon les secteurs

1. Recommandations

La tenue varie en fonction du secteur, et du type des soins effectués dans ce secteur. Ces recommandations sont du niveau « *avis d'expert* ».

2. Dans les secteurs de consultations et d'hospitalisation (*Avis d'expert*)

- La tenue professionnelle de référence est de type tunique-pantalon avec manches courtes pour des raisons d'hygiène et de confort ergonomique. Les mains sont sans bague, ni bijou, ni montre. La tenue doit être changée régulièrement ou si elle est souillée ; en cas de changement quotidien, il faut prévoir au moins 5 à 7 tenues en réserve pour assurer une rotation quotidienne.

- Il n'y a pas d'argument d'hygiène pour contre-indiquer la blouse si les conditions d'hygiène de base sont respectées ; le groupe de travail insiste sur l'importance des manches courtes, l'absence de bague, de bijou, ou de montre, ainsi qu'une fermeture effective de la blouse, et un changement de tenue régulière ou si souillée.

3. Au bloc obstétrical (*Avis d'expert*)

- Dans les **salles de circulations** et les salles techniques, la tenue de base est la même que précédemment décrite. Les sur-chaussures ou bottes ou sabots ne sont pas des produits d'hygiène mais peuvent être destinés à protéger le professionnel.

- Dans les **salles d'accouchement**, la **salle de diagnostic anténatal**, et la **salle de prise en charge du nouveau-né**, la tenue varie selon le type d'actes ou de soins effectués. A la fin des soins, les tenues jetables sont éliminées dans les contenants de déchets à risques infectieux, et les tenues en tissu sont évacuées dans des sacs pour le linge.

- *Pour les actes à faible risque*, une blouse ou un masque ne sont revêtus qu'en cas de risque de projections et les gants non stériles sont portés en cas de contact avec du sang ou des liquides biologiques.
- *Pour les actes à risque intermédiaire*, une blouse ou un tablier étanche est revêtu avec un masque et des gants stériles ou non stériles (selon l'acte).
- *Pour les actes à haut risque infectieux*, les professionnels doivent revêtir une coiffe et un masque avec visière ou lunettes de protection, avec une casaque stérile et des gants stériles.

4. Au bloc opératoire (*Avis d'expert*)

Le changement de tenue se fait dans les vestiaires spécifiques. Les procédures d'entrée et de sortie sont formalisées. Les vestiaires sont en double zone, la tunique est spécifique du bloc opératoire (par exemple de couleur différente des autres tenues de la maternité) [1].

5. Tenue des accompagnants (*Avis d'expert*)

- En salle d'accouchement

Il n'y a pas de consensus sur la tenue des accompagnants de la mère. Le port d'une surblouse, après l'hygiène des mains, est recommandé dès que l'accompagnant pénètre dans la salle d'accouchement. Les surblouses doivent être disponibles en entrée de salle d'accouchement. Le port de sur-chaussures n'est pas une pratique d'hygiène, mais peut être conditionné à des questions de propreté (des chaussures et du sol..).

- Au bloc opératoire

La tenue des accompagnants est la même que celle des professionnels à distance de la zone stérile et se revêt dans les vestiaires du bloc opératoire.

6. Grille d'auto-évaluation pour la tenue vestimentaire

Ordre	Critères pour la tenue vestimentaire	Indicateur	Cotation
	• Consultations, hospitalisation		
5.	Les professionnels ont une tenue avec tunique-pantalon avec manches courtes, ou une blouse sous certaines conditions	- Observation - Dotation par personne	A,B,C,D
6.	Les mains et poignets sont libres de bijoux et montres	- Observation	A,B,C,D
	• Bloc obstétrical		
7.	Pour les actes à haut risque, une tenue stérile est revêtue avec masque, coiffe, casaque et gants stériles	- Procédure écrite - Observation - Gestion des stocks	Oui, Non
8.	Pour les actes à risque intermédiaire, une blouse ou un tablier est revêtue sur la tenue habituelle	- Procédure écrite - Observation	A,B,C,D
9.	Les vêtements jetables sont disposés après usage dans les contenants adéquats	- Procédure écrite - Observation	A,B,C,D
10.	Les accompagnants revêtent une blouse en entrée de bloc obstétrical	- Procédure écrite - Observation	Oui, Non
	• Bloc opératoire		
11.	Les professionnels revêtent une tenue spécifique lors de l'entrée au bloc opératoire	- Procédure écrite - Observation	Oui, Non
12.	Les accompagnants revêtent une tenue spécifique lors de l'entrée au bloc opératoire	- Procédure écrite - Observation	Oui, Non

III. Hygiène des mains

1. Recommandations

Les mains des soignants représentent probablement 80 % des causes des infections nosocomiales exogènes. On admet qu'une concentration de 10^6 à 10^8 germes/cm² sur la peau des mains est la règle lors des soins. On distingue deux types de flore : la flore résidente qui est propre à chaque personne et qui est difficilement modifiable ; elle est constituée de germes peu pathogènes ; la flore transitoire qui est le reflet des contacts avec l'environnement et en particulier de la flore des patients rencontrés précédemment ; elle peut être constituée de germes pathogènes et transmissibles.

L'objectif de l'hygiène des mains est de limiter la quantité de germes sur la peau et de diminuer le risque de transmission croisée de la flore microbienne d'un patient vers un autre patient par l'intermédiaire des mains des soignants.

On distingue deux méthodes pour assurer l'hygiène des mains [23] : le lavage avec de l'eau et du savon et la désinfection nécessitant une solution ou un gel hydro-alcoolique (SHA). La faible observance du lavage des mains (de 40 % à 70 % selon les enquêtes et les personnes) a fait proposer depuis quelques années la désinfection par friction avec une solution hydro-alcoolique qui est plus efficace, mieux tolérée et mieux suivie que le lavage.

♦ *Le lavage des mains*

- Les différentes catégories sont les suivantes :

→ *Le lavage simple* : savon liquide doux, temps de savonnage de 15 secondes, durée totale d'environ 30 secondes.

→ *Le lavage hygiénique* : savon antiseptique, temps de savonnage de 30 secondes, durée totale d'environ 60 secondes.

→ *Le lavage chirurgical* : savon antiseptique, temps de savonnage de 2 fois 2 minutes avec un rinçage au milieu et un brossage des ongles avec une brosse stérile, durée totale d'environ 5 minutes. (une liste de savons antiseptiques a été publiée par la SFHH [23]).

- Les incontournables

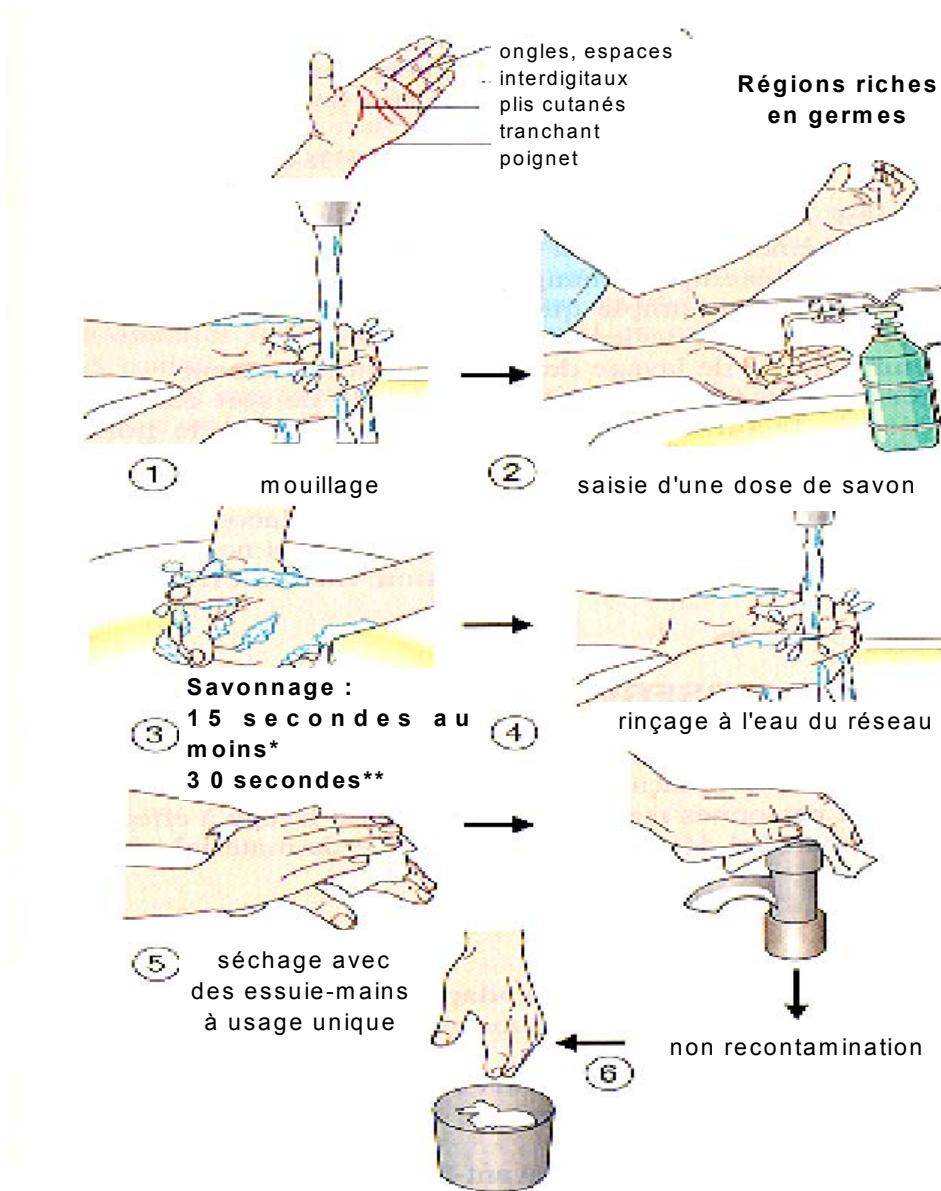
Le lavage des mains nécessite un point d'eau ergonomique accessible, un distributeur de savon, un distributeur de papier essuie-mains à usage unique, une poubelle sans contact manuel (ouverte ou à commande non-manuelle).

- Quelques conseils

- Laisser couler l'eau et mouiller les mains avant de recueillir le savon dans le creux de la main.
- Appliquer le savon sur les deux faces des mains et au-dessus des poignets. Rincer abondamment.
- Les savonnettes et autres savons en pain sont des milieux de culture et doivent être remplacés par des savons liquides contenus dans des distributeurs.
- Sécher avec le papier par tamponnement.

- Ne pas retoucher le robinet après avoir séché ses mains (fermer le robinet avec le papier si commande manuelle). Les essuie-mains « sauvages » comme la blouse, les chiffons, ou les serviettes éponges, sont des réservoirs de germes.
- Pour la protection des mains, l'utilisation de crème protectrice est préconisée, à distance des soins et en fin de travail.

Figure 1 : Lavage simple au savon liquide ordinaire et lavage hygiénique au savon antiseptique.



Durée totale du lavage **simple** des mains : **30 secondes.**

Durée totale du lavage **désinfectant ou hygiénique** des mains : **1 minute.**

♦ **Le traitement hygiénique et la désinfection chirurgicale par friction**

La désinfection est réalisée avec l'application, sur des mains visuellement propres et non souillées, d'une solution liquide ou d'un gel hydro-alcoolique selon le schéma ci-dessous. La correspondance d'exigence entre le lavage et la friction est montrée au tableau IV. On distingue le traitement hygiénique avec une seule application du produit et la désinfection chirurgicale avec deux applications [23]. Le temps de friction est fixé par le laboratoire. Une liste des solutions et des gels a été publiée par la SFHH [25].

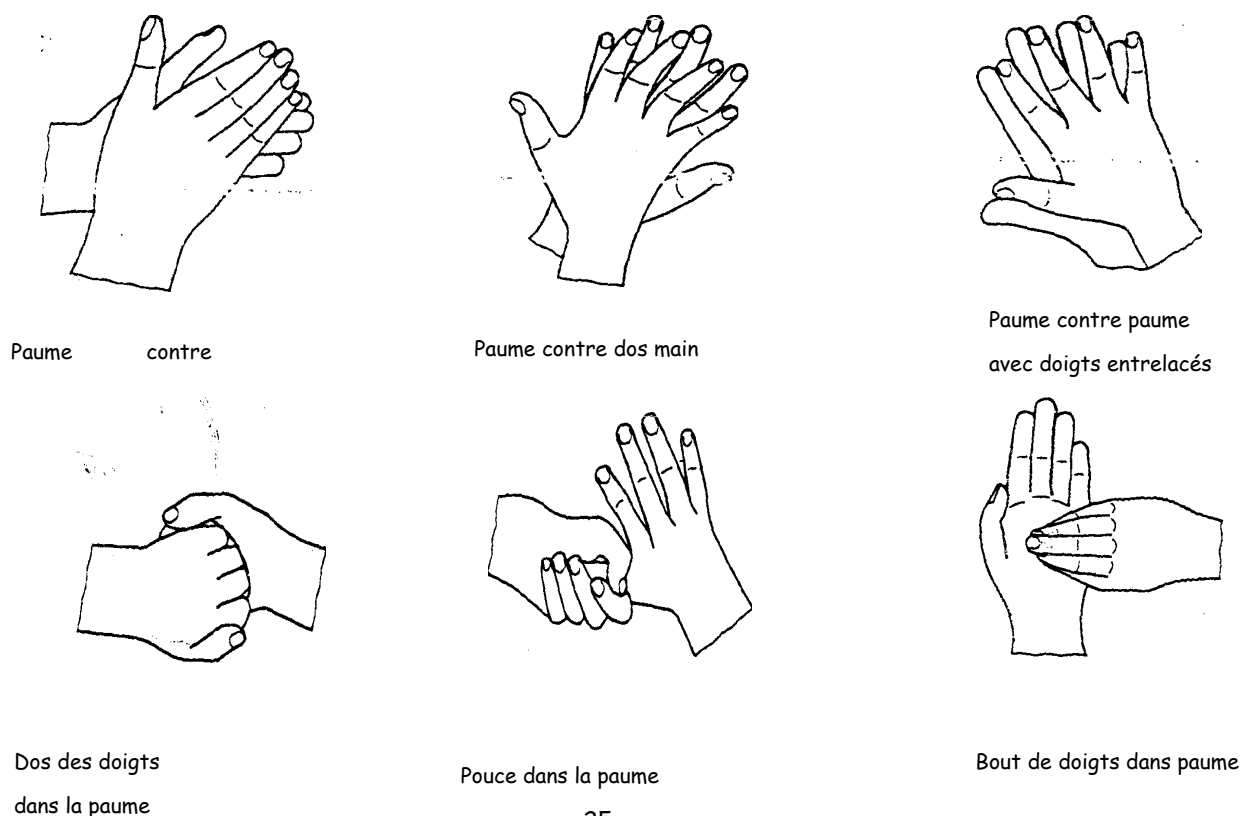
Les patients atteints de mucoviscidose sont plus fréquemment porteurs de SAMR que la population hospitalière générale. Les produits de friction sont beaucoup plus efficaces que les savons sur ces micro-organismes et l'utilisation des techniques de friction est donc particulièrement intéressante chez ces patients.

Tableau IV : Correspondance entre savon et friction [23]

Produit	Savon et eau	Friction
1^{er} niveau Eliminer les salissures Réduire la flore transitoire	Lavage simple (réduction < 2 log*)	Traitement hygiénique par friction (anc ^{iet} antiseptie simple) (réduction > 4 log)
2^{ème} niveau Eliminer la flore transitoire	Lavage hygiénique (anc ^{iet} antiseptique) (réduction > 4 log)	
3^{ème} niveau Eliminer la flore transitoire et réduire la flore résidente	Lavage chirurgical (réduction > 6 log)	Désinfection chirurgicale par friction (anc ^{iet} antiseptie chirurgicale) (réduction > 6 log)

* Une réduction d'1 log correspond à une division de la quantité par 10, 2 log par 100... Sur la peau, on considère qu'il y a 10^6 à 10^8 germes/cm². Une réduction de 4 log entraîne une division par 10^4 .

Figure 2 : Méthode de désinfection des mains avec une solution hydro-alcoolique par friction



♦ **Indications par type de procédure**

Le niveau de preuve de l'hygiène des mains est de grade A [23]. On distingue 3 types de procédures correspondant à différentes situations de soins :

1. Traitement hygiénique par friction ou lavage simple,	
Pour les soins à faible niveau de risque infectieux	<p>Friction ou lavage simple</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prise de service/fin de service. • Gestes de la vie courante, activités hôtelières, après être allé aux toilettes, s'être mouché, avant et après la prise du repas. • Soins en contact avec la peau saine. • Injections IM et IV. prélèvements sanguins, injections en SC. • Après retrait des gants. <p><u>Mère</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Soins vulvaires de suites de couches. • Soins de cicatrices post-opératoires ou sur épisiotomie. • Echographie simple. • Entre deux patients, ou entre le nouveau-né et sa mère <p><u>Nouveau-né</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentation du nouveau-né • Examen clinique du nouveau-né • Soins aux nouveau-nés (cordon, toilette). • Prélèvements sanguins et vaccins. <p>Lavage simple <u>uniquement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mains visiblement sales ou souillées
2. Traitement hygiénique par friction ou lavage hygiénique	
Pour les soins à risque infectieux intermédiaire	<p>Friction ou lavage hygiénique</p> <p><u>Mère</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Accouchement par voie basse. • Pose de forceps et de ventouse. • Pose d'électrodes de scalp. • Actes gynécologiques avec rupture de la poche des eaux. • Toucher vaginal et échographie vaginale • Après contact avec un patient infecté ou avec son environnement. • Après tout contact avec un patient en isolement septique. • Pose de sonde urinaire. • Pose de cathéter court périphérique. <p><u>Nouveau-né</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pose de cathéter court périphérique. <p>Lavage hygiénique <u>uniquement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mains visiblement sales ou souillées, • Après tout contact accidentel avec du sang ou des liquides biologiques
Contre-indications à l'utilisation des solutions hydro-alcooliques	<ul style="list-style-type: none"> • Mains souillées ou mains lésées • Mains poudrées (poudre provenant des gants) • Mains mouillées

3. Désinfection chirurgicale par friction ou par lavage	
Pour les soins à haut risque infectieux	<p>Friction ou lavage chirurgical (<i>l'eau du réseau pour le lavage doit être contrôlée ; la filtration de l'eau doit être pratiquée en fonction de sa qualité</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Activités de bloc opératoire : intervention chirurgicale, césarienne • Amniocentèse • Anesthésie péridurale et rachi-anesthésie • Délivrance artificielle et révision utérine • Geste endovasculaire • Réfection d'épisiotomie • Oxymétrie fœtale • Tocographie interne <p>Lavage chirurgical <u>uniquement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mains visiblement sales ou souillées, • Après tout contact accidentel avec du sang ou des liquides biologiques

2. Grille d'auto-évaluation pour l'hygiène des mains

Ordre	Critères pour l'hygiène des mains	Indicateur	Cotation
	<ul style="list-style-type: none"> • Ressources 		
13.	Les ressources pour le lavage des mains existent à proximité, dans tous les secteurs et selon les exigences : savon liquide (simple ou antiseptique), papier essuie-mains, poubelle sans contact manuel	- Observation - Dotation (consommables)	Oui, Non
14.	Les ressources pour le traitement des mains par friction existent dans tous les secteurs : flacons en grand format ou petit format	- Observation	Oui, Non
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Opportunités, pratiques 		
15.	Une formalisation des procédures d'hygiène des mains est effectuée	- Procédure écrite	Oui, Non
16.	Une quantification des volumes des produits d'hygiène des mains est effectuée chaque année en fonction du nombre de journées ou selon le nombre de naissances	- Observation annuelle - Gestion des stocks	A,B,C,D
17.	Des audits d'opportunités sont organisés	- Fréquence - Questionnaire - Résultats	A,B,C,D
18.	Des audits ciblés sur les pratiques à risque sont organisés	- Fréquence - Questionnaire - Résultats	A,B,C,D

IV. Les Précautions « Standard »

1. Recommandations générales

Ces recommandations sont tirées des « 100 recommandations » [5] et doivent être appliquées pour tout soin et tout patient (*Grade A*)

Tableau V : Précautions standard

Lavage et/ou désinfection des mains	- Après le retrait des gants, entre deux patients, deux activités. - Des fiches techniques doivent décrire la technique à utiliser dans chaque cas.
Port de gants : Les gants doivent être changés entre deux patients, deux activités	- Si risque de contact avec du sang, ou tout autre produit d'origine humaine, les muqueuses ou la peau lésée du patient, notamment à l'occasion de soins à risque de piqûre (hémoculture, pose et dépose de voie veineuse, chambres implantables, prélèvements sanguins...) et lors de la manipulation de tubes de prélèvements biologiques, linge et matériel souillés... ET lors de tout soin, lorsque les mains du soignant comportent des lésions.
Port de surblouses, lunettes, masques	- Si les soins ou manipulations exposent à un risque de projection ou d'aérosolisation de sang, ou tout autre produit d'origine humaine (aspiration, endoscopie, actes opératoires, autopsie, manipulation de matériel et linge souillés...)*.
Matériel souillé	- Matériel piquant/tranchant à usage unique : ne pas recapuchonner les aiguilles, ne pas les désadapter à la main, déposer immédiatement après usage sans manipulation ce matériel dans un conteneur adapté, situé au plus près du soin, et dont le niveau maximal de remplissage est vérifié. - Matériel réutilisable : manipuler avec précautions le matériel souillé par du sang ou tout autre produit d'origine humaine. - Vérifier que le matériel a subi un procédé d'entretien (stérilisation ou désinfection) approprié avant d'être réutilisé.
Surfaces souillées	- Nettoyer et désinfecter avec un désinfectant approprié les surfaces souillées par des projections ou aérosolisation de sang, ou tout autre produit d'origine humaine.
Transport de prélèvements biologiques, de linge et de matériels souillés	- Les prélèvements biologiques, le linge et instruments souillés par du sang ou tout autre produit d'origine humaine doivent être transportés dans un emballage étanche, fermé.
Si contact avec du sang ou liquide biologique	Après piqûre, blessure : lavage et antisepsie au niveau de la plaie. Après projection sur muqueuse (conjonctive) : rinçage abondant.

2. Les gants

Le port de gants a pour but de protéger le patient lors de soins aseptiques, et de se protéger des risques infectieux par contact avec les liquides biologiques et/ou de risques de blessures. On distingue :

- *Gants médicaux ou chirurgicaux stériles à usage unique* (en latex ou de préférence en une autre matière comme le néoprène pour éviter les allergies) pour les actes à haut risque infectieux.
- *Gants de soins non stériles à usage unique* (en latex ou de préférence en une autre matière comme le vinyl pour éviter les allergies) *pour les actes à risque infectieux intermédiaire (à discuter)* (pour protéger les autres) ou dans le cadre des précautions standard (pour se protéger).
- *Gants de ménage réservés à cette tâche, avec des longues manches.*

Le type de gants à usage unique est à adapter au type de soins. Les gants de soins répondent aux normes NF EN 420, 455-1 et 455-2.

L'usage des gants peut être formalisé tel que :

1 paire de gants = un geste = un patient

3. Les masques

♦ *En milieu médical*

Les masques sont utilisés pour limiter les risques de transmission aérienne inter-humaine d'agents infectieux. Les masques commercialisés et ayant prouvé leur efficacité sont tous en non tissé. Les masques dits « visiteurs » avec une seule couche de papier sont inefficaces et ne doivent plus être employés.

Les masques « chirurgicaux » ou « de soins » en 2 à 3 feuilles superposés ont un double objectif :

- Protéger le personnel contre les projections de sang ou autres fluides corporels ou lors de certaines procédures (au bloc opératoire, lors de la pose de voies veineuses centrales, de ponction articulaire ou lombaire),
- Protéger les parturientes contre les projections de salive des professionnels en particulier lors de la phase d'expulsion ou lors de la délivrance ou de la réfection d'une épisiotomie. Des cas d'infection à Streptocoque A, à la suite du portage pharyngé par des sages-femmes ou les obstétriciens et transmis à l'expulsion, ont été décrits [3].

Les masques « de protection respiratoire » ont pour objectif de protéger le personnel d'un patient contaminant en isolement respiratoire type « air » (tuberculose par exemple, ou varicelle). Ils ont peu d'indication en maternité. Ces masques dits « coquilles » répondent à la norme EN 149. Ils doivent d'une part filtrer des particules d'un aérosol test de 0.01 µ à 1µ et d'autre part être bien couvrants pour limiter les fuites au niveau du visage.

L'usage des masques peut être formalisé tel que :

1 masque = 1 patient ou 1 soin

Un masque ne doit pas être réutilisé après un usage et doit être jeté. Le port de masque ne doit occulter, ni l'hygiène des mains, ni l'isolement des patients porteurs de BMR, ni l'entretien de l'environnement, ni le renouvellement de l'air nécessaire dans une pièce. Un masque porté autour du cou est une mauvaise pratique.

♦ *En milieu chirurgical*

Le masque est porté dès l'entrée au bloc opératoire (mis dans le vestiaire après avoir revêtu la tenue adéquate). Un masque doit être changé au bout de trois heures et après chaque intervention. Un masque porté autour du cou est une mauvaise pratique.

4. Grille d'évaluation pour les précautions standard

Ordre	Critères pour les précautions standard	Indicateur	Cotation
19.	Les précautions standard sont formalisées	- Procédure écrite	Oui, Non
20.	Des audits de pratiques des précautions standard sont effectués régulièrement	- Observation	A,B,C,D
21.	Le masque avec visière ou lunettes de protection est porté au moment de l'expulsion et de la réfection de l'épisiotomie	- Procédure écrite - Observation	Oui, Non
22.	Les gants non stériles sont portés en salle de naissance par l'ensemble des personnes en contact avec le nouveau-né	- Procédure écrite - Observation	Oui, Non

V. Précautions particulières

Les précautions particulières viennent s'ajouter aux précautions standard dans 3 situations générales [26, 27] :

- Le patient est atteint d'une infection naturellement **contagieuse** : varicelle, zona, gale, infection à Streptocoque A...
- Le patient est infecté par un germe non contagieux mais **susceptible de disséminer** dans l'environnement et d'être transmis à un autre patient : maladies cutanées, infection urinaire sur sonde...
- Le patient est infecté par un **germe multi-résistant** aux antibiotiques (BMR).

1. Recommandations (*Grade A*)

On distingue trois types de précautions particulières dans le cadre de l'isolement septique [27] :

- *Précautions « contact »* avec port de gants pour tous les soins, en cas de contact avec des infections cutanées, muqueuses ou respiratoires (crachats),
- *Précautions « respiratoires type gouttelettes »* avec port de masques dits « chirurgicaux » et de gants pour tous les soins, en cas d'infections respiratoires,
- *Précautions « respiratoires type air »* avec le port de masques dits « respiratoires » en cas de tuberculose pulmonaire et de varicelle [27].

En pratique en maternité, les précautions particulières doivent s'appliquer :

- en cas d'infection contagieuse chez la mère ou l'enfant : gale (*précautions contact*), varicelle (*précautions respiratoires type air*), infections cutanées à SARM ou *Staphylococcus aureus* avec toxines (Panton Valentine par exemple) (*précautions contact*), candidoses (*précautions standard*), infections à rotavirus (*précautions standard*).
- en cas d'infections urinaires, endométrites ou ISO après césarienne avec un germe multi-résistant (*précautions contact*).

2. Grille d'auto-évaluation pour les précautions particulières

Ordre	Critères pour les précautions particulières	Indicateur	Cotation
23.	Les situations où une maladie contagieuse est diagnostiquée chez la mère et/ou l'enfant sont listées	- Procédure écrite	Oui, Non
24.	Les procédures d'isolement septique (précautions contact, respiratoire gouttelette ou air) sont organisées en cas d'infections transmissibles ou contagieuses	- Procédure écrite	A,B,C,D
25.	Des précautions particulières sont prévues en cas de varicelle maternelle ou néonatale	- Procédure écrite	Oui, Non
26.	En cas d'infection puerpérale à Streptocoque A, l'isolement géographique et l'application des précautions particulières de type « contact » sont prévus	- Procédure écrite	Oui, Non

VI. Nettoyage et désinfection des dispositifs médicaux

1. Principes

Dans la mesure où l'usage unique existe et les coûts sont acceptés dans l'institution, l'usage unique est recommandé ; selon les textes réglementaires [24], les dispositifs à usage unique ne sont pas réutilisables.

Tableau VI : Risque infectieux des actes de soins et traitement requis des dispositifs médicaux (DM)

Objectif du DM	Classement DM	Risque infectieux	Niveau de
			Traitement requis
Introduction dans le système vasculaire ou dans une cavité stérile quelle que soit la voie d'abord	Critique	Haut risque	Usage unique - Stérilisation Désinfection de haut niveau
En contact avec les muqueuses ou la peau lésée	Semi-critique	Risque médian	<i>Usage unique* Stérilisation*</i> Désinfection de niveau intermédiaire
En contact avec la peau saine ou sans contact avec le patient	Non critique	Risque bas	Désinfection de bas niveau

* Le niveau obtenu est supérieur au niveau requis mais, selon l'usage et le risque, l'UU doit être préféré s'il existe, et « tout ce qui est autoclavable doit être autoclavé ».

2. Catégories de DM

Voir tableau VII page suivante

3. Recommandations (Grade A et références réglementaires)

- Pour les DM à usage unique : vérifier la date de péremption et jeter après usage (voir déchets).
- Pour les DM stérilisables et résistants à la chaleur, dont le classement est critique ou semi-critique, les procédures sont montrées au tableau VIII [23].
- Pour les DM ne résistants pas à la chaleur, dont le classement est critique ou semi-critique, les séquences sont toujours à respecter [24, 28] selon le schéma du tableau IX.
- Pour les DM non critiques, un nettoyage et une désinfection de contact sont nécessaires.

Tableau VII : Description des DM et niveau de classement vis-à-vis du risque infectieux [17]

Matériel*	Classement	Traitement requis
Amnioscope	Critique	Stérilisation Usage unique
Amniotome	Critique	Stérilisation Usage unique
Bistouris électriques	Critique	Stérilisation
Bougies de dilatation	Critique	Stérilisation
Canules de Novack	Critique	Stérilisation
Cathéter de Friedman	Critique	Usage unique
Canules d'aspiration de fumée (laser)	Semi-critique	Usage unique
Colposcope **	Semi-critique	Désinfection de contact
Cônes pour rééducation périnéale	Semi-critique	Désinfection de niveau intermédiaire
Curettes	Critique	Stérilisation
Electrodes de coagulation	Critique	Stérilisation
Forceps	Critique	Stérilisation
Hystéromètre	Critique	Stérilisation ou usage unique
Pessaires	Semi-critique	Usage unique
Pincés : - Longuettes - Pozzi - Ciseaux	Critique	Stérilisation
Pincés de Barr	Semi-critique	Usage unique
Pincés à biopsie	Critique	Stérilisation
Pipelle de Cormier	Critique	Usage unique
Sondes d'échographie conventionnelle	Non critique	Désinfection de bas niveau
Sondes d'échographie vaginale	Semi-critique	Désinfection de niveau intermédiaire
Sondes de rééducation périnéale	Semi-critique	Désinfection de niveau intermédiaire
Spatules Ayre	Critique	Usage unique
Spéculum	Semi-critique	Usage unique Désinfection de niveau intermédiaire *
Ventouses	Critique	Stérilisation

* Certains matériels stériles existent à usage unique ; ils doivent être jetés après utilisation.

La plupart des établissements utilisent du matériel stérilisé.

** Le risque infectieux du aux colposcopes est lié à la manipulation par les gants d'examen. Il doit donc y avoir une désinfection de contact entre deux consultantes.

Tableau VIII : Stérilisation des DM réutilisables critiques ou semi-critiques [29]

Objectifs	Etapes	Modalités
<ul style="list-style-type: none"> - Faciliter le nettoyage - Abaisser le niveau de contamination - Protéger le personnel et l'environnement 	Prétraitement	Selon le DM : <ul style="list-style-type: none"> - essuyage - rinçage à l'eau du réseau - immersion dans un détergent ou un détergent-désinfectant sans aldéhyde
Eliminer les salissures par combinaison de 4 facteurs <ul style="list-style-type: none"> - action chimique - temps de contact - température - action mécanique 	Nettoyage	<ul style="list-style-type: none"> - Démontage et nettoyage de toutes les parties - Irrigation - Ecouvillonnage - Brossage
	Rinçage	Eau du réseau Egouttage, essuyage, soufflage d'air médical
Protéger le matériel stérilisé	Conditionnement en sachet	
Eliminer tous les micro-organismes	Stérilisation à l'autoclave	Service de stérilisation 134 ° - 18 mn
Protéger le matériel stérilisé	Stockage Transport dans les services de soins Date limite d'utilisation	<ul style="list-style-type: none"> - Contenant nettoyable - Placard propre et fermé ou rayonnage dans un local spécifique

Tableau IX : Désinfection des DM critiques ou semi-critiques [24]

Objectifs	Etapes	Modalités
<ul style="list-style-type: none"> - Faciliter le nettoyage - Abaisser le niveau de contamination - Protéger le personnel et l'environnement 	Prétraitement	Selon le DM : <ul style="list-style-type: none"> - essuyage - rinçage à l'eau du réseau - immersion dans un détergent ou un détergent-désinfectant sans aldéhyde
Eliminer les salissures par combinaison de 4 facteurs <ul style="list-style-type: none"> - action chimique - temps de contact - température - action mécanique 	1^{er} nettoyage de durée minimale de 10 minutes	<ul style="list-style-type: none"> - Nettoyage de la gaine - Démontage et nettoyage des valves, pistons et éléments mobiles - Irrigation - Ecouvillonnage - Brossage
	Premier rinçage	Eau du réseau
Abaisser le niveau de contamination et éliminer les salissures	2^{ème} nettoyage de durée minimale de 5 minutes	<ul style="list-style-type: none"> - Immersion - Irrigation
	Rinçage intermédiaire	Eau du réseau Irrigation, purge des canaux
Détruire ou inactiver les micro-organismes	Désinfection	<ul style="list-style-type: none"> - Action chimique par immersion, irrigation avec une solution désinfectante - Temps selon le produit désinfectant et le niveau de désinfection requis (haut risque ou risque médian)
Eviter les résidus de produit désinfectant Eviter la recontamination	Rinçage terminal	Eau de qualité adaptée à l'objectif <ul style="list-style-type: none"> - eau du réseau pour les DM en contact avec les muqueuses digestives (contrôles à prévoir) de classement SEMI-CRITIQUE - eau stérile encapsulée pour les DM pénétrant une cavité stérile de classement CRITIQUE
Protéger le matériel désinfecté	Séchage	Egouttage, essuyage, soufflage d'air médical
	Stockage	<ul style="list-style-type: none"> - Contenant nettoyable - Placard propre et fermé ou rayonnage dans un local spécifique

4. Grille d'auto-évaluation pour les dispositifs médicaux

Ordre	Critères pour les dispositifs médicaux	Indicateur	Cotation
27.	Les procédures de prise en charge des dispositifs médicaux sont formalisées	- Procédure écrite	A,B,C,D
28.	Les professionnels chargés des procédures de prise en charge des DM sont formés et leurs connaissances sont actualisées.	- Procédure écrite - Traçabilité	A,B,C,D
29.	La traçabilité des opérations de prise en charge est organisée	- Observation	Oui, Non
	<ul style="list-style-type: none"> DM à usage unique 		
30.	L'usage unique n'est pas réutilisé	- Observation - Gestion des stocks/activité	Oui, Non
31.	L'usage unique est utilisé lorsque ces DM existent, en remplacement des DM réutilisables	- Observation - Liste des DM UU	A,B,C,D
	<ul style="list-style-type: none"> DM réutilisables 		
32.	Un local est réservé à la prise en charge immédiate des DM réutilisables	- Observation	Oui, Non
33.	Une procédure de nettoyage des DM réutilisables existe	- Procédure écrite	Oui, Non
34.	Les dispositifs réutilisables sont immergés dans une solution immédiatement après leur utilisation	- Observation	Oui, Non
	<ul style="list-style-type: none"> DM avec désinfection de haut niveau 		
35.	Une procédure de désinfection des DM réutilisables existe	- Procédure écrite	Oui, Non
36.	Les produits, les temps d'immersion, le rinçage final sont respectés	- Observation	A,B,C,D
37.	Les DM désinfectés subissent un nouveau cycle avant toute utilisation après 12 heures de stockage	- Observation	A,B,C,D
	<ul style="list-style-type: none"> DM avec stérilisation 		
38.	Une procédure de stérilisation des DM réutilisables existe	- Procédure écrite	A,B,C,D
39.	Tout ce qui est auto-clavable est autoclavé	- Observation	Oui, Non
40.	Le stockage des DM en sachets stériles est organisé : local réservé, dates de péremption, modalités de sortie et d'entrée	- Procédure - Observation	A,B,C,D

VII. Les accidents d'exposition au sang

1. Principes

On distingue plusieurs types d'AES tels que les accidents par piqûre ou coupure, ou par projections [2]. Les AES peuvent survenir dans plusieurs lieux en maternité :

- *Bloc obstétrical*: soins avec aiguilles, ciseaux ou scalpels, ou à la suite de projections de sang ou liquides biologiques,
- *Bloc opératoire*: utilisation des bistouris ou aiguilles (la main mineure ou les mains de l'aide sont les plus exposées), ou à la suite de projections de sang ou liquides biologiques,
- *Services de soins, consultations*: prises de sang, poses de perfusions, examens génitaux, amniocentèses.

2. Recommandations

Les recommandations reposent sur des références réglementaires [5, 30, 31] et des articles scientifiques de grade A.

- *Prévention primaire* = empêcher l'apparition de l'accident
 - Organisation du soin
 - Pas de « sous-traitance » : le soignant producteur d'objets piquants et tranchants les élimine personnellement, directement, et immédiatement après le soin
 - Collecteurs d'objets piquants, tranchants souillés : proximité, limite de remplissage,
 - Gants dans le cadre des précautions standard
- *Prévention secondaire* = empêcher la contamination en cas d'accident
 - Nettoyage, désinfection après piqûre ou projection
 - Sérologies au patient source (avec son accord) si les sérologies ne sont pas connues ; sérologies au soignant comme point de départ
 - Traitement préventif en cas de risque d'exposition au virus HIV
 - Surveillance dans le cadre de la médecine du travail

3. Grille d'auto-évaluation pour les AES

Ordre	Critères pour les AES	Indicateur	Cotation
41.	Les gestes à risques de piqûre ou projections sont listés et font l'objet de procédures de protection	- Procédure écrite - Observation	A,B,C,D
42.	Une procédure existe en cas d'AES	- Procédure écrite	Oui, Non
43.	La conduite à tenir en cas d'AES est connue des soignants	- Observation - Affiche d'information	A,B,C,D
44.	Un relevé des AES est réalisé dans tous les secteurs	- Procédure écrite - Bilan annuel	Oui, Non
45.	Les matériels de sécurité et de protection sont mis à disposition : collecteurs d'objets coupants tranchants, gants, lunettes de protection masque, ou masque muni de visière, DM sécurisés	- Observation	A,B,C,D
46.	Le risque AES et sa prévention font l'objet d'une information des personnels en place, des nouveaux arrivants et des étudiants	- Plan de formation - Modalités d'accueil des nouveaux arrivants	A,B,C,D

VIII. Les antiseptiques

Il est d'usage d'utiliser le mot « antiseptique » pour la peau et les muqueuses. Une directive européenne non encore publiée préconisera le terme « antiseptique » pour la peau lésée (avec un statut de médicament), et le terme « désinfectant » pour la peau saine et les surfaces, sols et DM.

1. Catégories d'antiseptiques

On distingue de manière générale en hygiène :

- les produits iodés (formes dermiques, ou gynécologiques),
- les produits à base de chlorhexidine aqueuse ou alcoolique, seule ou associée,
- les produits chlorés à base d'hypochlorite de sodium.

On ajoute l'alcool présenté sous deux formes : une forme camphrée pour l'adulte à 70° (le camphre étant toxique chez l'enfant) et une forme colorée au bleu de méthylène généralement à 60°, destinée à l'enfant. Les noms commerciaux correspondants peuvent être consultés dans le Vidal 2005 (pages à tranche jaune, page 8). Les colorants (éosine, bleu de méthylène...) ne sont pas des antiseptiques. La SFHH doit prochainement émettre des recommandations concernant l'usage des antiseptiques aux nouveau-nés.

2. Différents modes d'antiseptie [3]

◆ *Procédures*

➤ **Antiseptie en 2 temps**

Elle comprend l'application de l'antiseptique sur peau visuellement propre suivi d'un temps de séchage. Les indications sont les prises de sang, et les injections IM, IV et SC.

➤ **Antiseptie en 4 ou 5 temps** (selon la nécessité ou non du séchage final)

Elle comprend :

1. Nettoyage de la zone du site au savon antiseptique,
2. Rinçage à l'eau du réseau ou à l'eau stérile,
3. Séchage en tamponnant avec un linge ou des compresses,
4. Application de l'antiseptique,
5. Séchage si nécessaire en respectant le délai d'action.

◆ *Indications*

- Indications sans séchage obligatoire : gestes endo-utérins, DA, RU, préparation vulvo-périnéale, épisiotomie, sondages urinaires
- Indications avec séchage : amniocentèse, ponction de trophoblaste, pose de cathéters périphériques, pose de cathéter périurinaire, préparation cutanée pour césarienne...

3. Recommandations

De manière générale, des protocoles d'utilisation des antiseptiques doivent être élaborés. Les flacons

doivent être fermés et comporter la date d'ouverture. Il faut privilégier les unidoses si elles existent et les flacons de petite taille. Le délai de péremption des flacons ouverts doit être établi avec le pharmacien et le CLIN. Le niveau de preuve est de *grade B, C ou avis d'expert* [4].

- **Pour la femme enceinte et l'accouchée**

Pour la peau, les antiseptiques possibles sont les produits iodés, les produits chlorés et la chlorexhidine (aqueuse ou alcoolique ou composée avec d'autres composants). Les produits iodés sont utilisables de manière ponctuelle et brève après validation par le CLIN; en effet, selon le Vidal 2004, pour la Betadine® pendant la grossesse, « *en cas d'utilisation prolongée, son utilisation est contre-indiquée à partir du 2^{ème} trimestre* » et pour la Poliodine®, « *par mesure de précaution, l'utilisation de ce médicament est à éviter pendant la grossesse* ». Les produits chlorés sont une bonne alternative (Dakin® ou Amukine®).

Pour les muqueuses, la chlorexhidine et l'alcool étant contre-indiqués, sont disponibles les produits iodés et les produits chlorés.

- **Pour le nouveau-né**

Les produits iodés sont contre-indiqués chez le nouveau-né de moins de 1 mois en raison des répercussions sur la thyroïde. Les produits alcooliques peuvent être absorbés par la peau notamment chez le prématuré.

➔ Les produits possibles pour la peau (et le cordon) sont

- la chlorhexidine seule, aqueuse ou alcoolique, en flacon unidose, jeté après usage
- la chlorhexidine associée à de l'alcool benzylique et du chlorure de benzalkonium,
- l'alcool pédiatrique coloré sans camphre,
- les produits chlorés.

➔ Les produits possibles pour les muqueuses sont les produits chlorés.

4. Grille d'auto-évaluation des antiseptiques

Ordre	Critères des antiseptiques	Indicateur	Cotation
47.	Les antiseptiques à utiliser et leurs indications sont formalisés pour la mère et le nouveau-né	- Procédure écrite	A,B,C,D
48.	Les produits iodés ne sont pas utilisés chez le nouveau-né	- Observation	Oui, Non
49.	Les produits aux propriétés non antiseptiques comme l'éosine ne sont pas utilisés comme antiseptiques	- Observation - Protocole de soins - Fiches produits	A,B,C,D
50.	Les dates de péremption des antiseptiques en flacon fermé ne sont pas dépassées	- Observation - Gestion des stocks	A,B,C,D
51.	Les délais d'ouverture des flacons ouverts correspondent aux recommandations du CLIN et du pharmacien	- Procédure écrite - Observation	A,B,C,D
52.	Les flacons d'antiseptiques sont fermés après usage	- Observation	A,B,C,D

IX. Les déchets

1. Catégories de déchets d'activités de soins (DAS)

Les déchets d'activités de soins (DAS) sont classés selon plusieurs *références réglementaires* [31] :

♦ *Déchets ménagers*

Rentrent dans cette catégorie les papiers des emballages des dispositifs à usage unique ou emballés en stérilisation. Les couches et garnitures périodiques sont aussi considérées comme déchets ménagers. Ils sont généralement mis dans des sacs de couleur grise ou noire.

♦ *Déchets à risques*

Le décret n° 97-1048 du 6 novembre 1997 et le document du CTIN [31] ont défini les grands axes de l'élimination des déchets en milieu hospitalier.

➤ *Les déchets de soins à risques infectieux (DASRI)*

Rentrent dans cette catégorie, par exemple, les compresses, les champs souillés, ou les gants..., et tout déchet évocateur d'activité de soins (tels que les seringues même non souillées par du sang). Les produits sanguins, et les déchets anatomiques non aisément identifiables sont aussi des déchets à risques infectieux. Ces déchets sont éliminés dans des contenants réservés à cet usage : sacs jaunes ou rouges, ou cartons étanches, ou fûts, ou conteneurs spéciaux, pour être incinérés ultérieurement. Le stockage des placentas dans des congélateurs, et leur ramassage périodique est interdit. Ils doivent être mis dans des doubles sacs (pour prévenir les fuites) avec un conditionnement adapté ou dans des collecteurs rigides. Les délais d'élimination sont de 72 heures pour des quantités > 100 kg/semaine et de 7 jours pour des quantités < 100 kg/semaine et > 5 kg/mois.

➤ *Les pièces anatomiques*

Ce sont des organes ou des membres, ou des fragments d'organes ou de membres aisément identifiables par un non-spécialiste. Rentrent dans cette catégorie les embryons et les fœtus mort-nés jusqu'à 22 SA (après une inhumation est nécessaire ; voir la circulaire DHOS/DGS/DACS/DGCL n° 2001/576 du 30 novembre 2001 relative à l'enregistrement à l'état civil et à la prise en charge des corps des enfants décédés avant la déclaration de naissance). Leur envoi se fait vers les services d'anatomie pathologique dans des contenants étanches.

➤ *Déchets piquants ou tranchants*

Des collecteurs dédiés à ces déchets doivent être présents pour les recueillir. Trois principes : Ne pas recapuchonner avant d'introduire les aiguilles, ne pas dépasser 80 % du volume total, ne pas forcer l'introduction. Un soignant ne doit pas sous-traiter ses déchets, mais les disposer lui-même directement dans le collecteur.

2. Grille d'auto-évaluation pour les déchets d'activités de soins

Ordre	Critères des déchets d'activités de soins	Indicateur	Cotation
53.	L'élimination des DAS est organisée par catégorie	- Procédures écrites	A,B,C,D
54.	Les filières d'élimination des DAS sont connues des personnels, des étudiants et des nouveaux arrivants	- Affiche, plan formation - Document d'accueil des nouveaux arrivants	A,B,C,D
55.	Les contenants sont adaptés et distincts pour chaque catégorie de DAS	- Observation - Affiches de tri	A,B,C,D
56.	Les délais d'élimination sont respectés	- Observation	A,B,C,D
57.	L'emplacement des contenants dans chaque lieu de soins permet le tri sélectif dès la production des déchets (sans intermédiaire)	- Observation - Audits de pratiques	A,B,C,D
58.	La filière des déchets anatomiques (placentas ou fœtus) est formalisée	- Procédure écrite	Oui, Non
59.	L'utilisation des collecteurs pour objets piquants et tranchants est définie	- Observation	A,B,C,D

X. Hygiène des locaux

1. Classification

Il n'y a pas de consensus sur la caractérisation des locaux dans les établissements de santé et leur implication dans la survenue des infections nosocomiales est sans doute peu fréquente [3]. Les références de classification des locaux reposent sur trois sources

- le cahier des clauses particulières d'un marché de bionettoyage des locaux, Commission Centrale des Marchés (Groupe Permanent d'Etude des Marchés d'Equipement et de fournitures des centres de soins et des laboratoires (réimpression 1998) [32, 33] avec 4 zones,
- la classification des locaux selon le risque infectieux en 4 zones extrait du document édité par le C.CLIN -Sud- Ouest [34],
- le Guide de la SFHH [3].

Le groupe de travail propose les zones de maternités au tableau X :

2. Définition

Le bionettoyage est défini [32, 33] comme « un procédé de nettoyage, applicable dans une zone à risques, destiné à réduire momentanément la biocontamination d'une surface. Il est obtenu par la combinaison approprié d'un nettoyage, d'une évacuation des produits utilisés et de la salissure à éliminer et de l'application d'un désinfectant. »

3. Recommandations

Tableau X : Propositions du groupe de travail sur les secteurs selon la fréquence et le produit pour le bio-nettoyage

Zone	1	2	3	4
Niveau de risque	Risque faible	Risque intermédiaire	Haut risque	Très haut risque
Fréquence du bio-nettoyage	Une à plusieurs fois par semaine	Une fois par jour à plusieurs fois par jour	Après chaque patient ou après chaque utilisation et 1 fois/jour	Après chaque patient ou soin
Produit de référence	Détergent	Détergent et détergent-désinfectant	Détergent-désinfectant	Détergent-désinfectant
Secteurs	<ul style="list-style-type: none"> • Halls • Bureaux • Services administratifs • Services techniques • Escaliers 	<ul style="list-style-type: none"> • Circulations • Ascenseurs • Poignée de portes, téléphones • Salles d'attente • Consultations externes • Secteur hospitalisation • Offices • Sanitaires • Nurserie 	<ul style="list-style-type: none"> • Salles d'accouchements • Salles de prise en charge du nouveau-né • Salles de soins post-interventionnelles • Néonatalogie • Biberonnerie 	<ul style="list-style-type: none"> • Bloc opératoire • Salle d'amniocentèse (échographie interventionnelle)

« L'entretien des établissements de soins doit prendre en compte la diversité des locaux. Les activités pratiquées, le type de patient ou le type d'acte médical effectué influencent les exigences du nettoyage-désinfection. Un exemple de classification des zones à risques en milieu hospitalier est proposé. La base de réflexion a été la classification du guide du bionettoyage. La zone 1 correspond aux locaux où le risque est le plus faible. La zone 4 correspond aux locaux où le risque est le plus élevé. (...) Les exigences souhaitables selon les locaux feront l'objet d'une discussion interne à l'établissement entre les hygiénistes, le CLIN, les conseillers techniques et les responsables d'entretien. (...) » [34]. Les prélèvements de surfaces ne sont pas indiqués en routine. Pour les prélèvements au bloc opératoire, se référer au document de référence édité par le CTIN [21].

➔ Rappel sur l'eau de Javel

Afin de limiter la dangerosité liée à l'utilisation de l'eau de Javel, l'ajustement des concentrations d'eau de Javel à la Directive européenne EN 862 a été effective à partir du 1^{er} mai 2001. L'indication de l'eau de Javel peut être la désinfection des surfaces et des matériels (autres que les DM) ou des sanitaires compatibles avec l'eau de Javel (corrosif).

Des précautions doivent être respectées : porter des gants de protection, nettoyer systématiquement la surface ou le matériel à désinfecter : lavage avec un produit détergent, rinçage soigneux, appliquer la solution d'eau de Javel, laisser un temps de contact minimum : 5 minutes, rincer soigneusement la surface ou le matériel, laisser sécher, stocker ou utiliser le matériel propre et désinfecté.

Ne jamais mélanger l'eau de Javel à un autre produit. En cas de projection sur la peau, dans les yeux, laver abondamment à l'eau courante, et, si nécessaire, en cas de projection dans les yeux, consulter un médecin, faire une déclaration d'accident de travail. Toujours reboucher le flacon après usage. Conserver à l'abri de la chaleur et de la lumière, stocker dans des lieux hors de portée des résidents et des visiteurs, rincer le flacon de dilution avant chaque nouvelle dilution.

Tableau XI : Concentration d'eau de Javel

Concentrations actuelles	Dilutions proposées*	Usages*
9,6% de chlore actif d'extrait dans un berlingot de 250 ml. Péréemption : 3 mois après la date de fabrication notée sur le berlingot.	---	---
2,6% de chlore actif dans un litre d'eau de Javel reconstitué à partir d'un berlingot à 1 litre. Péréemption : 1 an après la reconstitution.	Acheter directement la bouteille d'un litre, ou diluer le berlingot avec l'eau froide du robinet pour ramener à un litre**	WC, siphons, canalisations
0,26 % en cas de dilution au 1/10 ^{ème}	Diluer un litre à 2,6 % pour ramener à 10 litres d'eau.	Bassins, boccas, cuvettes
0,13 % en cas de dilution au 1/20 ^{ème}	Diluer un demi-litre à 2,6 % pour ramener à 10 litres d'eau.	Lavabos, éviers, bacs
0,08 % en cas de dilution au 1/32 ^{ème}	Diluer 300 ml de la solution à 2,6 % pour ramener à 10 litres d'eau	Instruments, matériels médicaux

* Proposés par la Chambre syndicale de l'eau de Javel.

** Attention : pas de bouteille alimentaire. Marquer la date de dilution et le nom « Eau de Javel » sur la bouteille.

4. Grille d'auto-évaluation pour les locaux

Ordre	Critères pour les locaux	Indicateur	Cotation
	<ul style="list-style-type: none"> • Ressources, organisation 		
60.	Une formalisation des procédures d'hygiène des locaux est effectuée	- Procédure écrite	Oui, Non
61.	La formation des personnels pour le nettoyage des locaux est organisée	- Plan de formation	A,B,C,D
62.	La planification du nettoyage pour tous les locaux est définie	- Plan - Fiche de postes	A,B,C,D
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Opportunités, pratiques 		
63.	Les matériels, produits et consommables sont mis à disposition	- Observation	A,B,C,D
64.	Des audits d'opportunités et de pratiques d'hygiène des locaux sont organisés	- Procédure écrite - Fréquence - Résultats d'audits	A,B,C,D
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bloc opératoire 		
65.	Les prélèvements microbiologiques au bloc opératoire sont organisés (modalités de contrôle : méthode, lieu, nature, fréquence)	- Mode opératoire - personnel habilités - Résultats - Plan d'action corrective	A,B,C,D

Soins aux parturientes en salle d'accouchement

Les procédures proposées sont des schémas généraux qui reposent sur les recommandations précédemment décrites et sur des pratiques généralement constatées.

Elles ne sont qu'indicatives et doivent être entièrement revues dans chaque maternité avec l'ensemble des soignants pour une application pratique sur le terrain

I. Préparation et pose d'un cathéter péridural

Acte à haut risque infectieux

1. Description de la procédure

♦ *Matériel*

- Set stérile comprenant par exemple : plateau, cupules, seringues, compresses, tampons montés, champ, essuie-mains
- Set de cathéter péridural à usage unique
- Gants stériles
- **Tenue chirurgicale pour l'opérateur** : casaque stérile, coiffe, **masque**
- Aiguilles
- Pansement collant, ou bandelette adhésive

♦ *Produits*

- Savon antiseptique
- Solution antiseptique

♦ *Technique*

- *La sage-femme* : faire un lavage simple des mains ou une friction avec une SHA, installer la femme au bord du lit, « dos rond », ou en décubitus latéral,
- *La sage-femme ou l'IADE ou l'anesthésiste* : faire un lavage hygiénique des mains ou une friction avec une SHA, **nettoyer et déterger** la peau avec le savon antiseptique, **rincer à l'eau stérile**, sécher, **appliquer l'antiseptique**, mettre un champ stérile isolant la zone de ponction,
- *L'anesthésiste* : mettre la coiffe et le masque, faire un lavage chirurgical des mains ou une désinfection chirurgicale, mettre la tenue stérile puis les gants stériles, effectuer un deuxième passage de solution antiseptique, poser la péridurale,
- En fin de technique, faire un pansement stérile clos avec les compresses et un adhésif large, positionner le cathéter le long du dos avec le filtre anti-bactérien sur l'épaule en évitant de couder le cathéter,
- Réinstaller la femme.

2. Recommandations

La SFAR a édité des recommandations scientifiques et professionnelles [4] concernant les anesthésies loco-régionales (page 13 et 14). L'habillement dit « stérile » avec blouse, coiffe, masque et gants est recommandé. Des infections nosocomiales de type méningites (à *Streptococcus oralis* par exemple) ont été signalées dans les C.CLIN à la suite d'anesthésies péridurales [35].

3. Grille d'auto-évaluation pour la pose de péridurale

Ordre	Critères pour la pose de péridurale	Indicateur	Cotation
66.	La procédure d'anesthésie péridurale est formalisée	- Procédure écrite	Oui, Non
67.	La préparation cutanée de la zone lombaire consiste en une antiseptie en 5 temps : déterSION, rinçage, séchage et désinfection avec séchage avant le geste	- Observation	A,B,C,D
68.	La tenue chirurgicale de l'opérateur comporte : coiffe, masque, hygiène des mains, casaque stérile, et gants stériles	- Observation	Oui, Non
69.	Lors des réinjections, les précautions concernent : la pratique d'hygiène des mains et la désinfection du site d'injection avec des compresses stériles	- Observation	A,B,C,D
70.	Un pansement stérile est appliqué en fin de pose	- Observation	Oui, Non

II. Préparation du périnée

Acte à faible risque infectieux

1. Recommandations

♦ *Indications*

Ce geste s'applique à la préparation en début d'accouchement, et avant tous les gestes en cours d'accouchement. L'« ébarbage » au ciseau ou à la tondeuse sont préférables au rasage (*grade B*).

♦ *Matériel*

Bassin, gants non stériles à usage unique, ciseaux pour l'ébarbage (sous sachet stérile), sinon tondeuse avec une lame jetable à UU, compresses non stériles ou gant de toilette à usage unique, haricot, eau du réseau dans une cupule, cuvette.

♦ *Technique*

- Installer la femme sur le bassin,
- Effectuer un traitement par friction ou un lavage simple des mains,
- Enfiler les gants,
- Ebarber ou tondre de haut en bas chaque lèvre ; en cas de rasage, appliquer le savon antiseptique dilué au préalable,
- Evacuer le bassin, réinstaller la femme,
- Mettre à nettoyer le bassin, et le haricot, ainsi que les ciseaux,
- Jeter les compresses dans les sacs de déchets à risques,
- Enlever et jeter les gants
- Faire un lavage simple des mains

2. Grille d'auto-évaluation pour la préparation du périnée en salle d'accouchement

Ordre	Critères pour la préparation du périnée en salle d'accouchement	Indicateur	Cotation
71.	La préparation du périnée est formalisée pour le temps qui précède l'accouchement	- procédure écrite	A,B,C,D
72.	La préparation du périnée comprend : le port de gants non stériles, l'utilisation de savon antiseptique dilué et l'utilisation de ciseaux pour l'ébarbage ou d'une tondeuse	- Procédure écrite - Observation	A,B,C,D

III. Rupture provoquée de la poche des eaux

Acte à risque infectieux intermédiaire

1. Recommandations

◆ *Matériel*

- Bassin
- Amniotome de préférence à usage unique de type Amniopick®,
- Doigtier stérile, ou une paire de gants stériles,
- Garniture stérile.

◆ *Technique*

- Installer la femme sur le bassin,
- Effectuer la préparation du périnée (point précédent),
- Appliquer l'antiseptique sur la région vulvo-périnéale,

- Pratiquer un traitement hygiénique des mains par frictions, ou par un lavage
- Ouvrir le contenant du dispositif de rupture,
- Mettre le doigtier, ou les gants stériles,
- Introduire le dispositif le long du majeur au moment du toucher vaginal,
- Perforer la poche,
- Mettre une garniture,
- Re-installer la femme,
- Jeter l'amniotome à UU dans le conteneur à DASRI,
- Faire un lavage simple des mains.

→ L'antisepsie vaginale n'est pas documentée dans le cadre de l'accouchement normal ou d'une rupture provoquée de la poche des eaux.

2. Grille d'auto-évaluation pour une rupture provoquée de la poche des eaux

Ordre	Critères pour une rupture provoquée de la poche des eaux	Indicateur	Cotation
73.	La préparation du périnée est formalisée en cas de rupture provoquée de la poche des eaux	- Procédure écrite - Observation	Oui, Non
74.	L'hygiène des mains et port gants stériles sont réalisés avant la manipulation de l'amniotome	- Procédure écrite - Observation	A,B,C,D
75.	L'amniotome est à usage unique	- Observation	Oui, Non
76.	Les compresses et l'amniotome sont jetés avec les DASRI	- Observation	Oui, Non

IV. Pose d'électrodes de scalp et manœuvres intra-utérines per-partum

1. Recommandations pour les électrodes de scalp

Acte à risque infectieux intermédiaire

♦ *Matériel*

- Electrode de scalp à usage unique
- Paire de gants stériles
- Solution antiseptique et savon doux
- Compresses stériles, et champs stériles

♦ *Technique*

- Mettre la femme en position gynécologique,
- Effectuer la préparation du périnée,
- Poser les champs stériles sous le siège,
- Préparer le matériel et ouvrir le sachet de l'électrode,
- Pratiquer un traitement hygiénique des mains par frictions, ou par un lavage
- Appliquer ou faire appliquer l'antiseptique sur la vulve,
- Mettre les gants stériles,
- Positionner l'électrode sur le scalp du bébé,
- Enlever les gants,
- Fixer le fil de l'électrode sur la cuisse de la femme avec un sparadrap,
- Re-installer la femme,
- Brancher l'électrode au monitoring,
- Faire un lavage simple des mains.

2. Les dispositifs de pression intra-utérine ou d'oxymétrie fœtale

Acte à haut risque infectieux

Ces dispositifs, à usage unique et stériles, pénètrent la cavité intra-utérine. Des précautions supplémentaires sont à observer : antiseptie vulvo-périnéale et antiseptie vaginale avec une solution antiseptique sur tampon monté, masque, désinfection chirurgicale ou lavage chirurgical des mains avant l'habillage chirurgical et la prise de gants stériles.

3. Grille d'auto-évaluation pour les manœuvres endo-utérines

Ordre	Critères pour les manœuvres endo-utérines	Indicateur	Cotation
77.	La préparation du périnée est formalisée en cas de manœuvres endo-utérines	- Procédure écrite - Observation	Oui, Non
78.	Les gants non stériles sont remplacés par des gants à usage unique stériles pour la réalisation de l'acte proprement dit		Oui, Non

V. Hygiène de l'accouchement

Acte à risque infectieux intermédiaire

1. Recommandations

♦ Tenue

- Blouse ou tablier, masque avec visière ou lunettes de protection, gants stériles

♦ Matériels

- Set d'accouchement comprenant par exemple : 2 paires de ciseaux stériles, 2 ou 3 pinces Kocher, 2 champs séparés stériles, compresses stériles (\pm coton monté, \pm récipient), cupule
- Gants stériles
- Solution antiseptique + savon antiseptique
- Champs supplémentaires stériles

♦ Technique

- Pratiquer un traitement hygiénique des mains par frictions, ou par un lavage hygiénique
- Mettre les gants stériles,
- Utiliser l'antiseptie en 4 temps et appliquer l'antiseptique sur la région périnéale et anale,
- Installer les champs : un sous le siège (protéger la région anale), un sur le ventre,
- En cours d'accouchement, si nécessaire réaliser l'épisiotomie. Les ciseaux utilisés pour l'épisiotomie ne doivent pas être utilisés pour couper le cordon « côté placenta » en salle d'accouchement : il faut se servir de l'autre paire de ciseau du set d'accouchement. Par ailleurs, le cordon sera recoupé « côté bébé », au moment de la pose du clamp de Barr, avec d'autres ciseaux stériles.

2. Grille d'auto-évaluation pour l'expulsion

Ordre	Critères pour l'expulsion	Indicateur	Cotation
79.	La tenue de l'opérateur comporte : blouse ou tablier, masque, gants stériles	- Observation	Oui, Non
80.	Les ciseaux de section de cordon sont différents des ciseaux de l'épisiotomie	- Observation	Oui, Non

VI. Réfection d'une épisiotomie

Acte à haut risque infectieux

1. Recommandations

♦ *Objectif d'hygiène, domaine d'application*

- Eviter la constitution d'un abcès périnéal

♦ *Matériel*

- Masque chirurgical avec visière ou lunettes de protection, une paire de gants non stériles, une paire de gants stériles
- Set de réfection d'épisiotomie comprenant par exemple : champs, instruments, compresses stériles, casaque stérile, tampon vaginal,
- Savon et solution antiseptique, eau stérile,
- Matériel d'anesthésie locale, et fils à suture,
- Garnitures,
- Collecteur d'objets tranchants.

♦ *Technique*

➔ *Soin d'hygiène*

- Mettre des gants non stériles, et nettoyer la vulve avec le savon antiseptique dilué,
- Rincer à l'eau stérile, et sécher par tamponnement avec des compresses,
- Appliquer la solution antiseptique,

➔ *Préparation (par la sage-femme ou une autre personne)*

- Mettre la coiffe et le masque,
- Faire un lavage simple des mains, ou un traitement hygiénique par friction,
- Mettre des gants non stériles,
- Enlever tous les champs et draps souillés, puis ôter les gants souillés,

→ Réalisation de la suture (par l'opérateur)

- Mettre le masque,
- Préparer gants stériles, fils, matériel d'anesthésie, set (table stérile),
- Effectuer une désinfection chirurgicale ou un lavage chirurgical des mains,
- Enfiler la casaque, les gants stériles, et mettre les champs,
- Effectuer la suture, déposer les aiguilles directement dans le collecteur pour prévenir les accidents,

→ Fin de l'acte

- Appliquer la solution antiseptique, et disposer des garnitures,
- Evacuer les aiguilles dans les collecteurs réservés, ainsi que les champs opératoires,
- Enlever les gants et se laver les mains.

2. Grille d'auto-évaluation pour la réfection de l'épisiotomie

Ordre	Critères pour la réfection de l'épisiotomie	Indicateur	Cotation
81.	L'opérateur change de tenue pour revêtir une tenue chirurgicale : casaque stérile et gants stériles	- Observation	Oui, Non
82.	Un conteneur est placé à portée immédiate des mains de l'opérateur	- Observation	A,B,C,D

VII. Extraction instrumentale (forceps, spatule, ventouse)**Acte à risque infectieux intermédiaire****1. Recommandations****♦ Matériel**

- Forceps stériles (ou ventouses stériles) autoclavés sous sachet, paire de gants stériles, masque avec visière ou lunettes de protection, set d'accouchement, savon antiseptique, solution antiseptique, champs stériles.

♦ Technique

- Préparer le périnée,
- Pratiquer un traitement hygiénique des mains par frictions, ou par un lavage
- Mettre les champs stériles sous le siège et sur le ventre de la femme,
- *Il est d'usage, dans certaines maternités, « d'humidifier » les cuillers du forceps avec la solution antiseptique dans le but d'assurer une lubrification : cette pratique ne rentre pas dans les utilisations recommandées par les AMM, et le caractère stérile du forceps peut être rompu.*
- Poser les forceps, ou appliquer la ventouse (médecin),

- Faire l'épisiotomie si nécessaire,
- Extraire l'enfant,
- Enlever les forceps, ou les ventouses, et les immerger dans un produit de pré-désinfection.

2. Grille d'auto-évaluation pour la pose de forceps

Ordre	Critères pour la pose de forceps	Indicateur	Cotation
83.	La préparation du périnée est formalisée	- Procédure écrite - Observation	A,B,C,D
84.	La tenue de l'opérateur comporte : blouse ou tablier, masque, gants stériles	- Procédure écrite - Observation	Oui, Non
85.	Le forceps ou les ventouses sont stériles et le contrôle de péremption est effectué	- Observation	Oui, Non
86.	Après utilisation, les forceps (ou les ventouses) sont immergés dans une solution de pré-désinfection	- Observation	Oui, Non

VIII. Délivrance artificielle et révision utérine

Acte à haut risque infectieux

1. Recommandations

♦ *Matériel*

- Gants stériles à manchettes longues, masque et casaque stérile ou tablier, coiffe
- Champs stériles, compresses stériles
- Savon et solution antiseptiques

♦ *Technique*

- Faire une préparation périnéale,
- Faire un lavage chirurgical des mains, ou une désinfection chirurgicale par friction,
- Mettre la casaque et les gants stériles,
- Appliquer l'antiseptique sur la vulve,
- Réaliser le geste,
- Evacuer le placenta (voir élimination des déchets).

2. Grille d'auto-évaluation pour la délivrance artificielle et la révision utérine

Ordre	Critères pour la délivrance artificielle et la révision utérine	Indicateur	Cotation
87.	La préparation du périnée est formalisée	- Procédure écrite	Oui, Non
88.	L'hygiène des mains de l'opérateur consiste à un lavage des mains ou une désinfection des mains, de type chirurgical	- Procédure écrite - Observation	Oui, Non
89.	La tenue de l'opérateur est de type chirurgical : casaque stérile, masque et gants stériles	- Observation	Oui, Non

IX. Préparation pour une césarienne en urgence

La préparation de l'opéré a fait l'objet de recommandations de la part de la SFHH [36].

Acte à haut risque infectieux

1. Recommandations

♦ *Matériels*

- Tondeuse à lame jetable à UU,
- Gants non stériles,
- Compresses non stériles ou gants de toilettes à usage unique, haricot,
- Savon et solution antiseptiques, eau stérile,

♦ *Technique*

- Faire un lavage simple des mains, ou un traitement hygiénique par friction,
- Oter dentiers, lentilles, ainsi que vernis et bijoux chez la femme (dans les limites de l'urgence),
- Mettre les gants,
- Tondre la pilosité pubienne en partant du nombril vers le pubis à sec,
- Appliquer le savon antiseptique,
- Rincer à l'eau stérile et essuyer avec les compresses stériles
- Appliquer la solution antiseptique selon la technique du centre vers la périphérie,
- Enlever les gants,
- Faire un lavage simple des mains,

- Habiller la femme avec une « blouse de bloc », ou « chemise ouverte » propre,
- Transférer la femme en salle d'opération. Un second badigeonnage avec l'antiseptique sera effectué par l'opérateur avant la césarienne.

- Un sondage urinaire peut être réalisé dans ce temps préparatoire, ainsi que la pose d'une perfusion.
- Dans un contexte d'urgence, si un rasoir est utilisé, raser après application de savon antiseptique dilué.

2. Grille d'auto-évaluation pour la césarienne en urgence

Ordre	Critères pour la césarienne en urgence	Indicateur	Cotation
90.	La préparation de l'opérée pour la chirurgie non programmée est formalisée	- Observation - Fiche de liaison	Oui, Non
91.	La déterction est effectuée au niveau de la zone opératoire avant l'application de l'antiseptique (dans les limites de l'urgence)	- Observation	A,B,C,D
92.	Une tondeuse est utilisée	- Observation	Oui, Non

X. Préparation pour césarienne programmée

La préparation de l'opéré a fait l'objet de recommandations de la part de la SFHH [36].

Acte à haut risque infectieux

1. Recommandations

→ **La veille** : Tondre le pubis avec une tondeuse avec lame à usage unique, prendre une douche avec un savon antiseptique [36].

→ **Le matin** dans le service :

- Oter dentiers, lentilles, ainsi que vernis et bijoux chez la femme,
- Pratiquer la seconde douche avec savon antiseptique,
- Habiller la femme avec une « blouse de bloc », ou « chemise ouverte » propre,
- Refaire le lit avec des draps propres,
 - * Un sondage urinaire peut être réalisé dans ce temps préparatoire, ainsi que la pose d'une perfusion (gestes à risque intermédiaire).
- Remplir la fiche de liaison.

→ **Au bloc opératoire** (lapanseuse ou sage-femme de bloc)

Contrôler la propreté

♦ **Matériel**

- Solution et savon antiseptique
- Gants non stériles, compresses stériles, eau stérile

♦ **Technique**

- Faire un lavage simple des mains et mettre les gants
- Appliquer le savon antiseptique
- Rincer à l'eau stérile et essuyer avec les compresses stériles
- Oter les gants et remettre des gants propres
- Badigeonner le ventre avec la solution antiseptique (en insistant sur l'ombilic)
- Enlever les gants
- Faire un lavage simple des mains
- = **L'opérateur** effectuera un deuxième badigeonnage avec la solution antiseptique

2. Grille d'auto-évaluation pour la césarienne programmée

Ordre	Critères pour la césarienne programmée	Indicateur	Cotation
93.	La préparation de l'opérée est formalisée	- Observation - Fiche de liaison	Oui, Non
94.	La détersion est effectuée au niveau de la zone opératoire avant l'application de l'antiseptique	- Observation	Oui, Non
95.	Une tondeuse est utilisée	- Observation	Oui, Non

Soins aux parturientes en hospitalisation

Les procédures proposées sont des schémas généraux qui reposent sur les recommandations précédemment décrites et sur des pratiques généralement constatées.

Elles ne sont qu'indicatives et doivent être entièrement revues dans chaque maternité avec l'ensemble des soignants pour une application pratique sur le terrain

I. Soins du périnée à l'accouchée

Acte à bas risque infectieux

1. Recommandations

♦ Objectifs

Ces soins doivent permettre de prévenir les complications infectieuses du post-partum (abcès périnéal), et de favoriser la cicatrisation du périnée en cas d'épisiotomie ou de déchirure. Ces soins s'intègrent dans la surveillance générale de l'accouchée [37].

♦ Soins du périnée au bloc obstétrical

- Produits utilisés :

- ⇒ Garnitures en sachets stériles
- ⇒ Savon antiseptique et eau
- ⇒ Compresses ou équivalents stériles

Le caractère stérile du soin n'a pas fait preuve de son bénéfice, mais le conditionnement facile et l'utilisation conjointe de ces trois matériels est cohérente pour les membres du groupe de travail.

- Technique:

- ⇒ Lavage simple des mains ou désinfection par friction
- ⇒ Enfiler les gants non stériles
- ⇒ Effectuer la toilette avec les compresses stériles, de l'eau et du savon antiseptique.
- ⇒ Mettre en place des garnitures stériles.

♦ Soins du périnée les jours suivants

Ce soin se réalise au moins une fois par jour, et le nombre de soins dépend de l'état local, ainsi que de la politique de chaque établissement. Il permet la surveillance de la cicatrisation du périnée. La participation de la parturiente et son éducation à ce soin sont importantes.

- **Matériels utilisés** : tout le matériel est individualisé à l'accouchée dans la mesure du possible sur un chariot. **Chaque femme dispose de :**

- ⇒ un flacon de savon liquide
- ⇒ un paquet de garnitures non stériles
- ⇒ l'accès à l'eau du réseau
- ⇒ des compresses non stériles

- Sur un chariot dans le couloir, sont disponibles :

- ⇒ une boîte de gants à usage unique non stériles
- ⇒ un flacon d'antiseptique (Bétadine® dermique ou produits chlorés)
- ⇒ des garnitures de réserve éventuellement

- **Technique** : ce soin se réalise de préférence après la douche.

- Remplir le flacon d'eau dans la salle de bain de la maman,
- Installer la patiente (sur le bassin ou dans les toilettes),
- Faire un lavage simple des mains,
- Mettre des gants à usage unique non stériles,
- Enlever la garniture souillée,

- Verser de l'eau au niveau de la vulve, savonner avec les compresses,
- Rincer et sécher,
- S'il y a une épisiotomie, appliquer, de la cicatrice vers l'extérieur, l'antiseptique au niveau des points (*habitude de la plupart des équipes sans preuve scientifique*),
- Mettre une garniture et réinstaller la femme,
- Evacuer le matériel souillé en respectant le circuit des déchets (ménagers ou à risques),
- Faire un lavage simple des mains après avoir ôté les gants,
- Ranger et si besoin réapprovisionner en matériel.

2. Grille d'auto-évaluation pour les soins du périnée post-partum

Ordre	Critères pour les soins du périnée post-partum	Indicateur	Cotation
1.	Les soins de périnée sont formalisés	- Procédure écrite - Dossier de soins	Oui, Non
2.	Les matériels et produits sont à patiente unique	- Observation	Oui, Non
3.	L'information destinée aux femmes concerne les précautions à prendre : hygiène des mains, hygiène corporelle, changement et utilisation de vêtements et de lingerie propres.	- Plaquette d'information	A,B,C,D

II. Soins de la cicatrice de césarienne

Acte à bas risque infectieux

1. Objectifs

Les soins de la cicatrice de la césarienne en post-opératoire reposent sur la réalisation d'un pansement simple pour une cicatrice suturée sans complication.

2. Produits utilisés

- Set à pansement stérile et compresses stériles
- Sérum physiologique, pas d'antiseptique
- Pansement stérile si nécessaire (de protection et pour le confort de la patiente frottement des habits par exemple)

3. Technique

- Le premier pansement est fait 24 à 48 h après l'intervention selon l'avis médical. La fréquence proposée pour les pansements suivants varie de 2 fois par semaine en l'absence de complications, voire jusqu'à l'arrêt du pansement. La douche de la maman est possible dès le premier pansement avec ou sans pansement secondaire de protection. La douche est réalisée avec un savon doux.

- Pour le pansement
 - Réaliser un lavage simple des mains ou désinfection des mains par frictions
 - Enfiler des gants non stériles pour le retrait du pansement, puis ôter les gants
 - Nettoyer puis rincer la cicatrice avec le sérum physiologique
 - Surveiller l'absence de signes inflammatoires (douleur, chaleur, rougeur, écoulement).
 - Sécher la cicatrice avec les compresses stériles
 - Appliquer si nécessaire un pansement simple stérile

- Pour le retrait des sutures
 - Nettoyer puis rincer la cicatrice avec le sérum physiologique
 - Eliminer les agrafes éventuelles dans les collecteurs d'objets tranchants.

3. Grille d'auto-évaluation pour la cicatrice de césarienne

Ordre	Critères pour la cicatrice de césarienne	Indicateur	Cotation
4.	La réfection du pansement est intégrée à la procédure de surveillance des patientes césarisées	- Procédure - Dossier de soin - Observation	A,B,C,D

Hygiène en consultation d'obstétrique

Les procédures proposées sont des schémas généraux qui reposent sur les recommandations précédemment décrites et sur des pratiques généralement constatées.

Elles ne sont qu'indicatives et doivent être entièrement revues dans chaque maternité avec l'ensemble des soignants pour une application pratique sur le terrain

Les pratiques de soins en consultation avec un simple examen gynécologique sont probablement peu pourvoyeuses d'infections nosocomiales. Cependant, il n'y a pas d'études qui en apportent la preuve, et surtout des actes invasifs sont quelquefois réalisés en consultation (hystérométrie, hystéroscopie, biopsie d'endomètre, cônisation, pose de stérilet).

Dans ces conditions, des règles d'hygiène doivent être mises en place dans les consultations. Une désinfection par friction ou un lavage simple des mains doit être fait avant et après la consultation de chaque patiente. Les recommandations suivantes sont extraites du guide réalisé par le RRESO en 2000 [38].

I. En salle d'échographie

1. Recommandations

◆ Objectifs

- ① Réduire le risque de transmission d'agents pathogènes par le matériel d'échographie, le gel ou les mains de l'opérateur. Pour atteindre cet objectif il est nécessaire :
 - de classer l'acte échographique en fonction du risque infectieux
 - d'en déduire le niveau de traitement du matériel.
- ② Optimiser les performances du matériel en évitant les traitements inadéquats.

◆ Personnes concernées

Les cliniciens, gynécologues-obstétriciens ou sages femmes effectuant les échographies et l'aide soignante chargée de l'entretien du matériel sont concernées. L'organisation du travail est telle que, souvent, il n'y a pas d'aide soignante pour assurer l'entretien minimum entre deux patientes. Il appartient au chef de service et au cadre de santé d'organiser le travail pour que le traitement du matériel puisse être réalisé.

◆ Risques infectieux

Le niveau de risque est variable en fonction du geste effectué [37, 39] :

- haut risque pour les échographies associées à des gestes intra-utérins (risque d'infection amniotique).
- risque intermédiaire pour les échographies externes sur peau lésée (transmission croisée de flore en particulier *Staphylococcus aureus*) et pour les échographies endocavitaires (transmission croisée de bactéries pathogènes ou de virus (*Papillomavirus*, *Herpès*, *Cytomégalovirus*, virus de l'hépatite B, HIV...))
- faible risque pour les échographies externes sur peau saine (transmission croisée de flore commensale).

Pour les échographies endovaginales ou endorectales, la sonde pénètre dans une cavité non stérile, mais il existe un risque de transmission croisée par l'intermédiaire du matériel. La désinfection est donc indispensable après usage.

Tableau I : Catégories d'échographies

ACTES	RISQUE DE TRANSMISSION CROISEE	NIVEAU DE TRAITEMENT REQUIS
Echographie externe sur peau saine	Faible	Désinfection de bas niveau
Echographie externe sur peau lésée	Intermédiaire	Désinfection de niveau intermédiaire
Echographie endovaginale	Intermédiaire	Désinfection de niveau intermédiaire + protection par préservatif et gel stérile
Echographie pour gestes endo-utérins	Haut	Désinfection de niveau intermédiaire + gel stérile et gaine stérile

2. Principes généraux du traitement du matériel d'échographie

→ L'échographe

- ◆ **Capot et écran** : il existe des zones sensibles : prises électriques, fiche de sortie des signaux, embases de connecteurs de sonde. **NE JAMAIS PULVERISER DE PRODUIT SUR CES ZONES SENSIBLES.** Les écrans tactiles peuvent être protégés par des films transparents. Des lingettes peuvent être utilisées.
- ◆ **Clavier** : les touches et les boutons de commandes sont manipulés pendant l'examen par le médecin. L'idéal est de les protéger par un couvre-clavier, sinon le nettoyage sera rendu difficile par les interstices existant entre les touches. Il existe des protège-claviers souples amovibles, adaptés à tous les types de clavier (exemple : beecool).
- ◆ **Porte sonde** recevant la sonde après l'examen. La sonde doit être propre avant d'être remise sur le porte sonde. Les porte sondes peuvent être : fixes et leur entretien est alors plus difficile, ou amovibles, permettant leur trempage et leur désinfection.
- ◆ **Filtre anti-poussière** : à nettoyer ou à changer une fois/semaine.

→ L'ensemble sonde (capteur)-câble-connecteur

- ◆ **La sonde** : tout déplacement de l'ensemble sonde-câble-connecteur doit se faire en tenant le capteur d'une main, l'autre main tenant le câble ou le connecteur. En effet les cristaux présents dans le capteur peuvent être désaxés (sonde mécanique) ou cassés (sonde électronique) lors de chocs. La sonde peut être étanche et immersible ou non étanche et non immersible. **TOUJOURS VERIFIER CE POINT** sur le document du fabricant. Si la sonde est immersible, toujours vérifier le niveau d'immersion permis.
- ◆ **Le câble** doit être maintenu propre et doit donc subir un traitement après usage. La jonction câble-sonde ne peut pas toujours être immergée. **BIEN VERIFIER CE POINT** sur le document du fabricant.
- ◆ **Le connecteur** permettant de connecter la sonde à l'échographe. Ce connecteur est fragile (broches pouvant se tordre). A la fin de l'échographie, il ne faut jamais déconnecter une sonde lorsqu'elle est sélectionnée.

→ Les gels échographiques

Les fabricants d'échographes fournissent toujours un tableau de compatibilité de gel de couplage ultra sonore et de leurs sondes. Ces données doivent être respectées sous peine de réduire les performances de l'échographe ou de détériorer l'état de surface des sondes (ne **JAMAIS** utiliser d'huile minérale, de gel pour échocardiographie etc...) La recommandation de la Direction des Hôpitaux (lettre circulaire du 5 février 1996) oblige de jeter les canettes de gel en fin de journée. L'utilisation de gel stérile est recommandée dans 5 cas :

- plaie opératoire récente,
- plaie cutanée,
- échographie per-opératoire,
- ponction et/ou biopsie,
- examen endovaginal ou endorectal.

Par ailleurs, la lettre circulaire du 5 février 1996 rappelle l'obligation, entre deux malades, d'essuyer et de nettoyer la sonde avec le produit prescrit par le constructeur, de retirer toute trace de gel sur les porte-capturs et le clavier de l'appareil, et de pratiquer l'hygiène des mains entre deux malades.

→ Préservatifs et gaines stériles

Les préservatifs utilisés pour protéger les sondes ne doivent pas être lubrifiés, les huiles minérales détériorent les membranes des sondes. Les gaines stériles pour les gestes invasifs et les préservatifs peuvent contenir du latex et exposer au risque d'allergie chez les personnes sensibilisées (anamnèse indispensable).

3. Traitement des sondes

→ Sonde pour échographie externe sur peau saine

A la fin de l'examen, l'opérateur :

- Essuie la sonde pour éliminer toute trace de gel (chiffon doux, papier essuie-tout)
- Passe une chiffonnette imprégnée de désinfectant cutané compatible avec le matériau de la sonde et choisi avec le CLIN (toujours vérifier la liste de produits compatibles fournie par le fabricant). Le détergent-désinfectant doit avoir un marquage CE (un désinfectant pour dispositifs médicaux est lui-même un dispositif médical). **ATTENTION** beaucoup de sondes ne supportent pas l'alcool. Un détergent-désinfectant pour surfaces doit être rincé s'il est utilisé (contact cutané).
- Repose ensuite (et seulement après l'avoir nettoyée) la sonde sur le porte sonde.

A la fin de la journée, la personne chargée de l'entretien des sondes nettoie la sonde (ne pas brosser, ne pas gratter), rince et essuie la sonde, la désinfecte. Les instructions pour réaliser ces opérations doivent être écrites avec le CLIN de l'établissement en respectant les recommandations du fabricant.

→ **Echographie endovaginale, endorectale**

◆ **Principes**

La réalisation des échographies endovaginales ou endorectales nécessite une sonde qui a été désinfectée à la fin de l'utilisation précédente. Il faut vérifier l'intégrité de la sonde avant utilisation (l'altération de la membrane contre-indique l'utilisation de cette sonde), utiliser un gel stérile, des gants à usage unique stériles ou non, des préservatifs non lubrifiés stériles.

◆ **A la fin de l'examen**

L'opérateur doit éviter de reposer l'ensemble avant traitement, doit enlever le préservatif (élimination dans le circuit déchets à risques infectieux), essuyer la sonde et le capteur pour éliminer les traces de gel (papier essuie-tout), déconnecter le câble après avoir effectué les manœuvres recommandées par le fabricant.

◆ **Prise en charge**

La personne chargée de l'entretien peut alors réaliser le nettoyage, le rinçage, la désinfection de niveau intermédiaire, le rinçage et l'essuyage final. Ces opérations successives doivent être réalisées selon les instructions éditées par le CLIN et conformes aux recommandations du fabricant.

Après traitement, la sonde peut être soit stockée à l'abri de la poussière, soit remise sur le port sonde préalablement désinfecté.

→ **Echographie pour geste invasif**

La réalisation de ce geste nécessite une sonde ayant subi une désinfection de niveau intermédiaire et dont l'intégrité est vérifiée avant usage, une housse stérile, des gants stériles, du gel stérile (attention le conditionnement du gel en sachet unidose n'est pas toujours sous double emballage), des conditions d'asepsie chirurgicale. Il ne faut pas manipuler le sachet avec des gants stériles mais se faire servir. Après le geste, le traitement de la sonde est le même que pour une échographie endovaginale ou endorectale.

4. Traitement des autres dispositifs

◆ **Le porte-sonde**

La contamination du porte sonde peut être prévenue en évitant de reposer des sondes non nettoyées.

A la fin de la journée, il faut démonter le porte-sonde s'il est amovible, le nettoyer, le rincer, le désinfecter selon les instructions éditées par le CLIN et l'EOH. S'il n'est pas amovible, les traitements précédents seront effectués par essuyage en respectant les temps de contact.

◆ **Traitement du clavier**

A la fin de la journée, il faut pratiquer un essuyage du protège-clavier à l'aide d'un chiffon imprégné du détergent-désinfectant choisi. Si le clavier n'est pas protégé, l'essuyage sera complété par un nettoyage soigneux des espaces entre les touches à l'aide de coton tiges.

♦ **Nettoyage du capot**

Le nettoyage est réalisé à l'aide d'une chiffonnette imprégnée de détergent-désinfectant. L'écran doit être nettoyé avec un papier essuie-tout imprégné de produit compatible pour écran informatique.

5. Organisation générale

Des fiches techniques doivent être écrites pour chaque type de sonde précisant :

- la référence de l'échographe
- la référence de la sonde
- le caractère immersible ou non de la sonde et de la jonction sonde-câble
- le niveau d'immersion permise
- les produits utilisables pour le nettoyage et la désinfection après vérification de leur compatibilité avec les membranes et la durée de contact produit-matériel.
- le type de gel utilisable
- les personnes responsables de l'entretien du matériel.

Ces fiches techniques doivent être validées par le CLIN de l'établissement.

6. Grille d'auto-évaluation pour les examens échographiques

Ordre	Critères pour les examens échographiques	Indicateur	Cotation
5.	Les caractéristiques de la sonde sont connues vis-à-vis de sa tolérance aux produits de désinfection et des modalités d'immersion	- Procédure écrite	A,B,C,D
6.	Les procédures de traitement des dispositifs d'échographie sont formalisées	- Procédure écrite	Oui, Non
7.	La répartition des tâches entre les différents intervenants (médicaux et paramédicaux) est formalisée	- Procédure écrite - Descriptif de tâches - Fiches de poste	A,B,C,D
8.	Une traçabilité pour le traitement des DM d'échographie est organisée	- Procédure écrite	Oui, Non
9.	Le gel échographique est changé tous les jours pour les échographies sans effraction	- Procédure écrite - Observation	Oui, Non
10.	L'utilisation du gel échographique stérile pour les échographies avec geste invasif est formalisée	- Procédure écrite	Oui, Non

II. En salle de consultation

1. Recommandations

♦ **La table d'examen**

Pratiquer une désinfection avec un détergent-désinfectant tous les jours et en cas de souillure. Disposer un papier à usage unique, changé entre chaque patiente.

♦ **L'examen gynécologique**

Il peut être réalisé de la manière suivante :

- = faire un lavage simple des mains ou une friction avec une SHA, puis examen des seins et de l'abdomen,
- = mettre des gants non stériles pour l'examen gynécologique proprement dit avec un doigtier jetable,
- = ôter les gants et les jeter, faire un lavage simple des mains ou une friction avec une SHA.

♦ **Les spéculums**

Ils sont soit réutilisables soit à usage unique. Les réutilisables doivent être autoclavés après décontamination et nettoyage et présentés sous sachet individuel. Le sachet est ouvert au moment de l'examen. Sont interdits les stérilisations à la chaleur sèche (Poupinel ®) et les stérilisations dans des grandes boîtes (risque de perte l'état stérile à l'ouverture et en raison des multiples manipulations au cours de la journée).

Les spéculums à usage unique sont disponibles dans les pharmacies et peuvent être apportés par la patiente, ou être fournis par l'établissement (études de coûts à voir).

♦ **Les spatules et cytobrosses**

Les spatules sont destinées au frottis cervical et sont en bois ou en plastique; il est préférable de les stocker en sachet individuel, sinon, lors de l'utilisation dans des conditionnements de 20 ou 50, un lavage des mains ou une friction avec une SHA est nécessaire. Les cytobrosses sont sous sachet individuel stérile.

♦ **Les stérilets**

Ils sont stériles sous sachets individuels.

♦ **Pincés diverses**

On distingue les pincés-longuettes, les pincés de Pozzi, ou les pincés à biopsies et les autres instruments (hystéromètres, ciseaux, bougies...). Elles sont stérilisables par la chaleur humide, et disponibles sous sachet individuel qui sera ouvert au moment de leur utilisation. Avant la biopsie, l'antisepsie du col pourrait être suffisante avec l'application, pour des raisons de vision des lésions, d'acide acétique puis de Lugol, mais il n'existe pas de référence dans ce domaine. L'application supplémentaire d'un antiseptique iodé pourrait s'envisager.

♦ **Les colposcopes**

Ils sont nettoyés puis désinfectés entre chaque utilisation selon le protocole du CLIN et de l'EOH.

♦ **Les prélèvements sanguins**

Les procédures sont formalisées (voir protocoles par ailleurs).

♦ **Les ECBU**

Voir protocoles du CLIN pour les ECBU.

2. Grille d'auto-évaluation pour les consultations

Ordre	Critères pour les consultations	Indicateur	Cotation
11.	Les précautions pour l'examen gynécologique comportent l'hygiène des mains et le port de gants non stériles	- Procédure écrite - Observation	Oui, Non
12.	Tout dispositif médical stérile réutilisable est conditionné en emballage individuel, y compris les spéculums stériles réutilisables	- Procédure écrite - Observation	A,B,C,D
13.	Les spatules non stériles sont conditionnées en emballage individuel	- Procédure écrite - Observation	Oui, Non
14.	Le nettoyage des DM est organisé	- Procédure écrite - Observation	A,B,C,D
15.	Le nettoyage des locaux de consultations est intégré dans l'organisation définie pour tous les locaux de la maternité	- Procédure écrite - Observation	A,B,C,D
16.	Le nettoyage de la salle est défini entre chaque patiente, et à la fin de la journée	- Procédure écrite - Observation	A,B,C,D
17.	Les procédures des prélèvements comportent l'utilisation de gants	- Procédure écrite - Observation	Oui, Non
18.	Les procédures de prélèvements sanguins sont formalisées	- Procédure écrite - Observation	Oui, Non

Soins d'hygiène aux nouveau-nés au bloc obstétrical

Les procédures proposées sont des schémas généraux qui reposent sur les recommandations précédemment décrites et sur des pratiques généralement constatées.

Elles ne sont qu'indicatives et doivent être entièrement revues dans chaque maternité avec l'ensemble des soignants pour une application pratique sur le terrain

Les soins d'hygiène aux nouveau-nés visent à prévenir d'éventuelles complications infectieuses en étant le moins agressif possible. Les autres soins au nouveau-né ne sont pas envisagés : le « bain de naissance » n'a pas pour fonction de nettoyer le bébé. Seul le nouveau-né bien portant est évoqué.

I. Soins dans les 2 heures suivant la naissance

Acte à bas risque infectieux

1. Recommandations

Les soins sont toujours précédés par un lavage simple des mains ou un traitement hygiénique par friction. Le port de gants, pour un soin en contact avec du sang et/ou des liquides biologiques, est recommandé par les « précautions standard ». Il faut toujours effectuer, dans les limites de l'urgence, un changement de gants entre les soins à la femme, et les soins au nouveau-né. Le port de blouse spécifique pour les soins au nouveau-né est généralement recommandé (*Avis d'expert*).

L'indication et le type d'antiseptique pour les soins de cordon sont controversés : les références internationales ne mentionnent pas d'indication d'un antiseptique, mais certains auteurs préconisent certains produits actifs en particulier sur les SARM [40-43].

♦ *Le cordon*

= *Matériel*

- Paire de ciseaux stériles (préférable aux lames de bistouri qui peuvent être dangereuses pour le bébé et les soignants), compresses stériles
- Gants non stériles
- Antiseptique : plusieurs modalités peuvent être proposées :
 - Chlorhexidine aqueuse en unidose
 - Alcool pédiatrique à 60° + éosine aqueuse en unidose
 - Biseptine® en dosettes, ou en spray
 - Produits chlorés
- Clamp de Barr
- Savon doux

= *Soin*

- Pratiquer un lavage simple des mains, ou traitement hygiénique par friction,
- Nettoyer la zone du cordon à sectionner à l'eau et au savon (pendant le bain, ou après, ou sans bain),
- Rincer avec de l'eau stérile en flacon, ou en ampoule, ou de l'eau du réseau dans une cupule,
- Appliquer l'antiseptique,
- Mettre en place le clamp de Barr,
- Couper le cordon, et appliquer l'antiseptique sur la tranche,

- Envelopper le cordon restant dans une compresse stérile sèche, ou laisser à l'air,
- Jeter le cordon coupé avec les déchets de type DASRI.

♦ **La première toilette du nouveau-né**

= *Matériel*

- Serviette propre, savon doux et shampooing, gants non stériles

= *Soin*

- Pratiquer un lavage simple des mains,
- Savonner, appliquer le shampooing¹,
- Baigner ou doucher le bébé,
- Essuyer le bébé avec la serviette,
- Effectuer éventuellement la pesée ensuite (papier ou linge propre sur le plateau changé à chaque bébé).

La qualité de l'eau doit être surveillée vis-à-vis de la potabilité, de *Pseudomonas aeruginosa* et de *Legionella pneumophila* [21].

♦ **Soins des yeux du nouveau-né**

Il n'existe pas de consensus pour la prévention des infections oculaires du nouveau-né tant dans l'indication que pour la nature des produits à administrer. Le groupe de travail propose :

= *Matériel*

- Collyre antibiotique en dosette à usage unique contre le gonocoque et le chlamydia,
- Compresses stériles.

= *Soin*

- Pratiquer un lavage simple des mains ou un traitement hygiénique des mains par friction,
- Disposer une goutte de collyre dans chaque œil,
- Essuyer avec une compresse du coin externe (propre) vers le coin interne (moins propre).

♦ **Soins aux nouveau-nés nés de mère à risque viral**

Il existe des risques de transmission virale de la mère au nouveau-né soit in utero (HIV, HBV...), soit per partum au moment de l'expulsion (HIV, HSV..), soit en post-partum (HIV, HSV, VZV, CMV...). Les conduites à tenir dépassent largement ce document. Quatre recommandations sont de l'ordre de l'hygiène [3] :

- HBV chez la mère : immuno-globulines et vaccination anti-HBV du nouveau-né,
- HSV chez la mère avec une infection active : césarienne prophylactique; le bain du nouveau-né avec un antiseptique a été proposé mais est controversé en raison d'une possible inefficacité et des risques toxiques [44],
- HIV chez la mère : le bain complété d'un antiseptique pour le nouveau-né a été proposé. Cette attitude

¹ Dans le cadre des « précautions standard », pour une première toilette, cette pratique nécessite normalement des gants. Le groupe de travail fait remarquer que cette pratique à mains nues se fait dans un but relationnel.

est cependant controversée en raison d'une possible inefficacité et des risques toxiques [45, 46]. Trois produits ont été utilisés : soit le chlorure de benzalkonium, soit la chlorhexidine le plus souvent à 1 %, soit les chlorés dilués (Amukine® à 0.06 %). Par ailleurs, l'allaitement maternel est contre-indiqué.

- VZV ou CMV chez la mère ou le nouveau-né : précautions particulières et isolement géographique.

2. Grille d'auto-évaluation pour les soins aux nouveau-nés en salle de naissance

Ordre	Critères pour les soins aux nouveau-nés en salle de naissance	Indicateur	Cotation
	• Soins de cordon en salle de naissance		
19.	Les soins au nouveau-né en salle de naissance sont formalisés	- Procédure écrite	Oui, Non
20.	Une hygiène des mains est pratiquée avant de toucher le cordon	- Observation	Oui, Non
21.	Un temps de détersion est pratiqué sur le cordon avant d'appliquer l'antiseptique	- Observation	Oui, Non
22.	L'antiseptique est appliqué sur le pourtour du cordon au niveau de la section prévue	- Observation	Oui, Non
23.	Des ciseaux stériles sont utilisés pour couper le cordon	- Observation	Oui, Non
	• Toilette du nouveau-né en salle de naissance		
24.	Une hygiène des mains est pratiquée avant de mettre le collyre	- Observation	Oui, Non

II. Les couveuses en maternité

Les recommandations sont tirées de document du RRH de Basse-Normandie [47], du RHC du Centre [48] et du C.CLIN-Paris-Nord [49] (*Avis d'expert*).

1. Recommandations

L'entretien des couveuses se pose d'une part lorsque le nouveau-né est présent dans la couveuse, d'autre part après que le nouveau-né ait quitté la couveuse et avant qu'un autre bébé n'y soit introduit. En raison des séjours courts des nouveau-nés en maternité, les procédures sont différentes de l'entretien des couveuses dans les services de néonatalogie.

- **En présence du nouveau-né**, pour les couveuses de maternité dans lesquelles les nouveau-nés restent peu de temps, il n'y a pas lieu de nettoyer l'intérieur de la couveuse; la couveuse doit être visuellement propre. Une application de sérum physiologique peut être proposée à l'intérieur de l'habitacle.

Pour des séjours supérieurs à 24 heures, il n'y a pas de consensus sur les méthodes d'entretien des couveuses. Un incubateur est un DM semi-critique. Le principe est de trouver une méthode de nettoyage et de désinfection avec un produit liquide prêt à l'emploi, marqué CE, sans action sur le matériau de la couveuse, non toxique pour le nouveau-né (sans aldéhyde ni phénol), si possible agréé « contact avec les denrées alimentaires » (c'est-à-dire « homologué par le Ministère de l'Agriculture »), qui ne laisse pas de traces, et qui est actif sur les germes rencontrés généralement.

Un entretien est proposé par certains auteurs [47] avec de la chlorhexidine aqueuse à 0.05 % à appliquer avec une lingette sur les parois intérieures de l'habitacle et sur le matelas; mais il s'agit d'un antiseptique non destiné à cet objectif et il pourrait être toxique. D'autres auteurs proposent un choix de produits

détergents ou détergents-désinfectants [49] avec ou sans rinçage. **Aucun ne satisfait à tous les critères**, mais sont proposés par exemple [39] :

- ANIOS TSA® « homologué par le Ministère de l'Agriculture » composé de chlorure d'ammoniums quaternaires, dérivés de biguanides, isopropanol, parfum menthe, détergent de type alcools gras éthoxylés ; avec les normes suivantes : Bactéricide (NF EN 1040, NF EN 1276, NF T 72-190) et actif sur Rotavirus
- BACTINYL® (composé de peroxides ammoniums quaternaires synergisés (chlorure de benzalkonium), huiles essentielles, excipients ; avec les normes suivantes de Bactéricide : conforme norme européenne EN 1040 et normes AFNOR NF T72-151 SPECTRE 5. NF T72-171. NF T72-190 - de fongicide : conforme norme européenne EN 1275 - Activité sur les virus : Poliovirus, Adénovirus, Herpes virus selon la méthodologie de la norme AFNOR T72 - 180 . Inactivation du virus VIH.

L'essuyage de l'habitacle de la couveuse en présence de l'enfant à l'eau stérile paraît actuellement la meilleure solution par son action mécanique, en attendant un produit efficace et sans danger pour le nouveau-né. Par ailleurs, dans les bacs prévus à cet effet, on peut omettre l'eau dans les couveuses pour des durées de présence de nouveau-nés de quelques heures. Sinon, au-delà de 24 heures, l'eau introduite doit être stérile ; il faut vider le contenu du réservoir et compléter au niveau souhaité avec de l'eau stérile chaque 24 heures [49].

- *Hors présence du nouveau-né*, l'entretien de la couveuse consiste en un démontage des différents éléments, avec un nettoyage et une désinfection avec un détergent-désinfectant de type « contact avec les denrées alimentaires ». Les produits retenus doivent être compatibles avec les matériaux des parties transparentes. Cette procédure sera appliquée entre chaque nouveau-né. Une traçabilité des procédures est nécessaire. Le stockage des couveuses non utilisées se fait dans un local réservé à cet usage. En cas de non-usage pendant plusieurs jours (la plupart des équipes préconisent de 8 à 15 jours), et au retour de réparations ou de révision des ateliers, une procédure complète de nettoyage et désinfection est réalisée.

2. Grille d'auto-évaluation pour les couveuses

Ordre	Critères pour les couveuses	Indicateur	Cotation
25.	Les procédures de nettoyage et de désinfection des couveuses sont formalisées	- Procédure écrite	Oui, Non
26.	L'eau des bacs des couveuses est stérile	- Observation	Oui, Non
27.	Une traçabilité des procédures est réalisée	- Procédure écrite - Observation	Oui, Non
28.	Au retour des ateliers lors des opérations de maintenance, et après un délai de non-usage (à fixer), une procédure complète de nettoyage et désinfection est réalisée	- Procédure écrite - Observation	A,B,C,D
29.	Le local des couveuses non utilisées est réservé à cet usage	- Procédure écrite - Observation	A,B,C,D

III. Table de réanimation du nouveau-né

1. Recommandations (*Avis d'expert*)

- *Le matelas* et toutes les surfaces de la table de réanimation sont traitées avec un détergent-

désinfectant après les soins à chaque nouveau-né, et au moins une fois par jour s'il n'est pas utilisé. Un champ est déposé sur le matelas avant toute naissance, et changé entre chaque nouveau-né.

- **Le système d'aspiration** : la sonde d'aspiration et le raccord sonde-tuyau sont à usage unique et jetables ; les tuyaux sont changés entre chaque nouveau-né, et les bouchons sont changés une fois par jour. Le filtre situé dans le bocal de recueil doit être changé toutes les semaines.

- **Les ballons et les masques** à ventilation manuelle, s'ils sont thermo-sensibles, sont nettoyés et désinfectés entre chaque nouveau-né selon le protocole du CLIN et de l'EOH. L'utilisation d'un filtre entre le masque et le ballon est conseillé pour prévenir le risque bactérien et viral [50]. L'utilisation de dispositifs thermo-résistants (souvent en silicone) et stérilisables par auto-clavage, qui permettent de changer de dispositif pour chaque nouveau-né, est à préconiser.

- **Le manche du laryngoscope, les lames de laryngoscopes, et la pince de Magill** sont pris en charge selon le protocole du CLIN.

- **La sonde thermique cutanée, les fils du monitoring, les fils et la cellule de l'oxymètre de pouls** sont désinfectés par contact (produit ou lingette). Le dispositif de fixation de la cellule d'oxymètre de pouls (par exemple Oxyboard®) est à usage unique et changé entre chaque nouveau-né.

- **Le stéthoscope** est désinfecté entre chaque nouveau-né (solution détergente-désinfectante, ou lingette spécifique)

2. Grille d'auto-évaluation pour la table de réanimation du nouveau-né

Ordre	Critères pour la table de réanimation du nouveau-né	Indicateur	Cotation
30.	Les procédures de nettoyage et de désinfection des tables de réanimation du nouveau-né sont formalisées	- Procédure écrite	Oui, Non
31.	Une traçabilité des procédures est réalisée	- Observation	A,B,C,D
32.	La sonde d'aspiration et le raccord sonde-tuyau sont à usage unique et jetables	- Observation	Oui, Non
33.	Les tuyaux d'aspiration sont changés entre chaque nouveau-né	- Observation	A,B,C,D

Soins aux nouveau-nés en chambre ou en nursery

Les procédures proposées sont des schémas généraux qui reposent sur les recommandations précédemment décrites et sur des pratiques généralement constatées.

Elles ne sont qu'indicatives et doivent être entièrement revues dans chaque maternité avec l'ensemble des soignants pour une application pratique sur le terrain

I. Soins au nouveau-né dans les heures qui suivent la naissance

Acte à bas risque infectieux

1. Recommandations

♦ *Premier change et soins au cordon*

- Pratiquer une hygiène des mains avec un savon doux ou une solution hydro-alcoolique,
- Oter la compresse (si elle avait été mise sur le cordon à la naissance) et la couche (la déposer dans le sac à déchets prévu à cet effet),
- Nettoyer le cordon au savon liquide, rincer à l'eau du réseau,
- Nettoyer le siège avec du savon et l'eau du réseau surtout en cas de méconium abondant, sinon avec seulement de l'eau en cas d'urines, puis sécher,

- Pratiquer un lavage simple des mains, ou un traitement hygiénique par friction,
- Appliquer l'antiseptique sur le cordon à l'aide d'une compresse stérile ou d'un autre type de support ; le coton « en vrac » est déconseillé,
 - > *L'antiseptique peut avoir plusieurs modalités : chlorhexidine aqueuse en unidose, OU alcool + éosine aqueuse en unidose, OU Biseptine®...*
- Envelopper le cordon dans une compresse stérile, ou laisser à l'air dans la couche ou hors de la couche (technique du non-pansement).

♦ *Prise de température*

- La prise de température ne doit pas être faite avec un thermomètre à mercure, et la voie rectale est déconseillée. La voie axillaire est recommandée en routine (sans ajouter de dixièmes de degré).
- On peut utiliser :
 - *un thermomètre apporté par la maman, ou un thermomètre situé dans la chambre et destiné uniquement au même bébé. Un nettoyage quotidien est nécessaire selon le protocole validé par le CLIN.*
 - *un thermomètre du service, situé dans la chambre ou dans la nursery, et destiné à plusieurs bébés. Dans ce cas, il faut désinfecter le thermomètre selon le protocole validé par le CLIN entre chaque bébé, ou utiliser un étui jetable à usage unique.*

2. Grille d'auto-évaluation pour les nouveau-nés dans les heures qui suivent la naissance

Ordre	Critères dans les heures qui suivent la naissance	Indicateur	Cotation
34.	Les soins au nouveau-né en salle de naissance sont formalisés	- Procédure écrite	Oui, Non
35.	Une hygiène des mains est pratiquée avant le soin	- Observation	Oui, Non

II. Soins au nouveau-né dans les jours qui suivent la naissance

Acte à bas risque infectieux

1. Recommandations

Le niveau de recommandation est un « avis d'expert » [51, 52]

- Lavage simple des mains ou traitement hygiénique par friction avant tout contact avec le nouveau-né,
- Le port d'une blouse personnelle au bébé est recommandée. Le changement de blouse est nécessaire chaque fois que la blouse est souillée. La périodicité du changement régulier de la blouse doit être décidée par le CLIN. Elle est disposée dans la chambre avec un portemanteau, la face avant repliée sur elle-même.
- Le port de gants n'est pas obligatoire s'il y a absence de contact avec les liquides biologiques, les muqueuses ou la peau lésée.
- Une traçabilité de toutes les tâches effectuées auprès du nouveau-né est garantie avec l'heure, la nature du geste et la signature de l'exécutant.

♦ *Le bain*

- Remplir la baignoire après avoir rincé les parois,
- Nettoyer le bébé avec un savon doux du plus propre au plus sale (la tête, le corps, le sexe, puis le siège en dernier) en utilisant soit un gant de toilette (changé ensuite), soit du coton, soit des lingettes jetables (type COTOCELL®), soit à mains nues (toilette-massage),
- Essuyer avec une serviette propre.

♦ *Les soins de cordon*

- après le bain

- Appliquer l'antiseptique avec une compresse stérile, ou avec un autre support. Une attention particulière sera observée pour la base du cordon qu'il faut dégager (conseils à la mère).
--> L'antiseptique peut avoir plusieurs modalités : chlorhexidine aqueuse en unidose, OU alcool + éosine aqueuse en unidose, OU Biseptine®...
- Envelopper le cordon dans une compresse stérile, ou laisser à l'air.

Un crayon de nitrate d'argent est quelquefois utilisé dans les maternités pour atténuer les bourgeons ombilicaux. Ces bourgeons, en fait, apparaissent souvent après la sortie des nouveau-nés et n'ont pas à être traités en maternité. La question de transmission de germes par son intermédiaire reste posée dans la mesure où l'existence de germes sur ce support, a priori assez hostile aux micro-organismes, n'est pas documentée. Le principe « 1 crayon - 1 nouveau-né » doit être institué par précaution.

- le reste de la journée

- Oter la compresse (si elle avait été mise sur le cordon à la naissance),
- Nettoyer le cordon au savon liquide, rincer à l'eau du réseau en cupule,
- Appliquer l'antiseptique avec une compresse stérile, ou avec un autre support.

--> L'antiseptique peut avoir plusieurs modalités : chlorhexidine aqueuse en unidose, OU alcool + éosine aqueuse en unidose, OU Biseptine®..

- Envelopper le cordon dans une compresse stérile, ou laisser à l'air dans la couche ou hors de la couche.

♦ Les soins d'yeux

- Nettoyer avec une compresse stérile et du sérum physiologique (en allant du coin externe vers le coin interne).

2. Grille d'auto-évaluation pour les nouveau-nés en nursery

Ordre	Critères pour les soins aux nouveau-nés en nursery	Indicateur	Cotation
36.	Les soins au nouveau-né dans les jours suivant la naissance sont formalisés	- Procédure écrite	Oui, Non
37.	Une hygiène des mains est pratiquée avant le soin	- Observation	Oui, Non
38.	Les procédures de nettoyage et de désinfection des surfaces et des baignoires du nouveau-né sont formalisées	- Procédure écrite	Oui, Non

III. Matériels de soins du nouveau-né en suite de couches**1. Recommandations**

- Utiliser plutôt un **détergent-désinfectant** agréé « contact avec les denrées alimentaires ». Ne pas essuyer après l'application, mais laisser sécher à l'air.
- La baignoire, le pèse-bébé, le coussin de change, les plateaux seront nettoyés avec un détergent-désinfectant entre chaque soin selon le protocole du CLIN quand le change est effectué en nursery (risque de transmission croisée entre nouveau-nés). Si les soins sont faits dans la chambre de la mère (chambre seule), le nettoyage peut se faire une fois par jour.
- De la même manière, les stéthoscopes, les mètres-rubans et toises, en matériau sans bois, doivent être nettoyés entre chaque bébé avec une lingette ou une compresse imprégnée de détergent-désinfectant. Les sondes d'oxymétrie sont à usage unique pour un même nouveau-né.
- Le thermomètre de bain et les brosses à cheveux seront trempés dans une solution de détergent-désinfectant.
- Dans les tunnels et dispositifs de photothérapie, le nouveau-né doit avoir les yeux protégés par dispositif retenu par un moyen de type SURGIFIX® à usage unique.

2. Grille d'auto-évaluation pour les matériels de soins au nouveau-né

Ordre	Critères pour les matériels de soins au nouveau-né	Indicateur	Cotation
39.	Les procédures appliquées aux matériels destinés aux nouveau-nés sont formalisées	- Procédure écrite	Oui, Non

IV. Hygiène des prélèvements et de pose de voies veineuses du nouveau-né

1. Recommandations

- Traçabilité : les soins doivent être notés sur un document avec l'heure, la nature du geste, la signature de l'exécutant.
- La douleur du nouveau-né doit être prise en compte et diminuée selon les protocoles du service.

Acte à haut risque infectieux

- Pour une ponction lombaire, il faut pratiquer une déterision avec un savon antiseptique, rincer, et appliquer l'antiseptique qui peut être soit de la chlorhexidine alcoolique, soit de la Biseptine®, soit un produit chloré. Une procédure en 5 temps est nécessaire.

Acte à risque infectieux intermédiaire

- Pour les prélèvements veineux (par voie veineuse ou par ponction au talon), il faut utiliser un antiseptique sur peau visuellement propre (antisepsie en 2 temps). Pour les hémocultures et les poses de cathéter court périphérique, il faut pratiquer l'antisepsie en 5 temps.

2. Grille d'auto-évaluation pour les prélèvements aux nouveau-nés

Ordre	Critères pour les prélèvements aux nouveau-nés	Indicateur	Cotation
40.	Les procédures de prélèvements et de poses de voies veineuses sont formalisées	- Procédure écrite	Oui, Non
41.	Un temps de déterision est prévu pour les prélèvements et les poses de voies veineuses.	- Observation	Oui, Non
42.	Une traçabilité des prélèvements est assurée	- Document	Oui, Non

V. Les précautions d'hygiène pour l'alimentation du nouveau-né

1. Recommandations en cas d'allaitement maternel

En maternité, si le nouveau-né tète directement sa mère, il n'y a pas de précautions réglementaires à prendre. Si la mère allaite son nouveau-né en tirant son lait (bébé en nutrition entérale ou bébé transféré), la responsabilité de l'établissement est engagée pour le respect des qualités du lait maternel ; les textes réglementaires s'appliquent alors dans le cadre d'un lactarium ou d'un don de lait d'une mère à son enfant. Voir annexe 1 avec les textes suivants : *Arrêté du 10 février 1995 pour les lactariums, Circulaire n°598 du 13 novembre 1996 pour les services de soins néonataux dans le cadre d'un don de lait personnalisé d'une mère à son propre enfant hospitalisé, Circulaire n°785 du 16 décembre 1997 relative au don de lait personnalisé d'une mère à son enfant hospitalisé, et rappel des dispositions en vigueur en matière d'allaitement maternel*

♦ *Le tire-lait*

Un tire-lait, manuel ou électrique, est composé d'une « cloche en verre » (tulipe ou tétérelle) qui s'applique sur le sein, et d'un récipient de type biberon qui recueille le lait. Le tire-lait manuel comporte un dispositif pour faire le vide, et le tire-lait électrique est relié à la machine par un tubulure ; le lait ne doit pas pénétrer dans cette tubulure, ni dans la machine.

- Pratiquer un lavage simple des mains, ou une friction avec une solution hydro-alcoolique,
- Nettoyer les seins avec un savon doux, et rincer,
- Appliquer la cloche et tirer le lait,
- Rincer les matériels à l'eau du réseau (cloche et biberon, raccords) s'ils sont réutilisables (sinon jeter les matériels à usage unique), faire un nettoyage-brossage avec un détergent, et un nouveau rinçage,
- Autoclaver les matériels,
- Appliquer un détergent-désinfectant sur le reste du tire-lait électrique.

♦ *Conservation du lait maternel*

Le lait maternel doit être conservé dans un réfrigérateur réservé à cet usage, à température $\leq 4^{\circ}\text{C}$, muni d'un contrôle de température et nettoyé selon un protocole validé par le CLIN. Le lait peut être gardé 24 heures au réfrigérateur [53].

♦ *Les soins du sein de la femme allaitante*

Dans la mesure où les femmes ont une douche par jour en post-partum, il n'y a pas lieu de faire des soins particuliers sur le mamelon avant la tétée. Une application de colostrum après la tétée peut être pratiquée. Un lavage simple des mains doit être fait par la maman. En cas d'écoulement de lait entre les tétées, la chemise de la maman doit être changée.

2. Recommandations en cas d'alimentation avec biberon

♦ *Les biberons*

Les biberons utilisés en maternité sont le plus souvent pré-remplis, prêts à l'emploi et donnés à température ambiante. Le biberon doit être jeté après utilisation complète, et dans l'heure qui suit le début de consommation en cas d'utilisation partielle [54].

Dans d'autres circonstances, des biberons doivent être préparés de manière spécifique pour des nouveau-nés. Les *biberons et tétines* à usage unique sont jetés après usage ; les *biberons en verre* et les *tétines ré-utilisables* pour des alimentations particulières (laits spéciaux, suppléments en sucre ou minéraux) doivent être nettoyés, autoclavés et retournés sous sachets. Leur prise en charge s'effectue au sein de la maternité ou, de préférence, dans une biberonnerie centrale. Les méthodes basées sur des produits chlorés prêts à l'emploi (SOLUSTERIL® et MILTON®) à diluer dans l'eau n'ont pas d'indication en maternité.

♦ *Les préparations pour nourrissons*

Les laits infantiles sont appelés depuis 1991 "Aliments destinés aux nourrissons et aux enfants en bas âge". Une "préparation pour nourrissons" est une denrée alimentaire destinée à l'alimentation des nourrissons pendant les 4 à 6 premiers mois de la vie. Les conditions de préparation et de conservation de ces aliments répondent à des conditions strictes de l'*Arrêté du 29 septembre 1997 fixant les conditions d'hygiène applicables dans les établissements de restauration collective à caractère social*.

Ces conditions s'appliquent également pour les *biberonneries* qu'elles soient locales ou centrales. Il existe un risque potentiel de développement de micro-organismes dans les préparations pour nourrissons lors des manipulations ou lors de la conservation. La présence d'un sas, des tenues spécifiques, des circulations clairement identifiées, une séparation des secteurs sales (réception des contenants) et propres (préparation), des règles de conservation dans des réfrigérateurs dédiés et contrôlés etc.. doivent être exigées pour tout biberonnerie. Des directives ont été émises par la Ministère de la Santé en décembre 2004 [54] à la suite d'une contamination d'une préparation par *Enterobacter sakazakii*:

« [...] 3. L'utilisation de laits liquides, stériles et prêts à l'emploi, est conseillée pour les nouveau-nés dans les maternités et, lorsque la situation clinique de l'enfant le permet, dans les services de néonatalogie. Elle est également conseillée pour les nourrissons hospitalisés dans les services de pédiatrie. Il convient de rappeler que l'allaitement maternel est le mode d'alimentation privilégié pour le nouveau-né et le nourrisson.

4. Chaque manipulation de biberon ou seringue doit être précédée d'une friction des mains avec une solution hydro-alcoolique.

5. Les biberons et seringues d'alimentation à débit constant peuvent être préparés quotidiennement dans les biberonneries et doivent dans ce cas être conservés à une température inférieure à 4°C pendant 24 heures au maximum (dans un réfrigérateur réservé à cet usage). Le réfrigérateur doit faire l'objet d'une vérification et d'un relevé des températures. Si la reconstitution du lait fait appel à des techniques de chauffage, il faut éviter d'utiliser de l'eau à une température élevée ($\geq 80^{\circ}\text{C}$) en raison du risque de dégradation de la qualité nutritionnelle du lait ainsi chauffé, notamment des vitamines. Il est rappelé que les eaux embouteillées ne sont pas stériles.

6. La chaîne du froid doit être respectée entre le lieu de préparation des biberons et seringues

d'alimentation à débit constant, et leur stockage dans les services hospitaliers, c'est à dire une température de 4°C (comprise entre 3°C et 6°C maximum pendant le transport). Le contrôle et un relevé régulier de la température des réfrigérateurs utilisés pour le stockage dans les services d'hospitalisation sont indispensables, de même qu'une traçabilité des opérations de nettoyage et de désinfection des réfrigérateurs.

7. Les biberons ne doivent être réchauffés qu'immédiatement avant leur consommation par l'enfant, en proscrivant l'utilisation d'un four à micro-ondes. S'il y a eu réchauffement, il faut vérifier la température du lait avant sa consommation par l'enfant par contact sur le dos de la main ou du poignet.

8. Les biberons de lait ne doivent pas être conservés au chaud dans un chauffe-biberon ou un thermos.

9. Tout biberon non terminé dans l'heure qui suit le début de sa consommation par l'enfant doit être jeté. »

3. Grille d'auto-évaluation pour l'alimentation du nouveau-né

Ordre	Critères pour l'alimentation du nouveau-né	Indicateur	Cotation
43.	Les biberons sont soit préremplis à usage unique, soit autoclavés et sous sachet	- Observation	Oui, Non
44.	Les procédures d'utilisation du tire-lait sont formalisées et portées à la connaissance des professionnels et des mères qui l'utilisent	- Procédure écrite	A,B,C,D
45.	La conservation du lait maternel et des préparations pour nourrissons est formalisée	- Procédure écrite	Oui, Non
46.	Les conditions de conservation du lait maternel et des préparations pour nourrissons sont évaluées	- Observation, audit	A,B,C,D
47.	La biberonnerie pour la préparation de biberons pour les nouveau-nés répond aux exigences de l'Arrêté du 29 septembre 1997	- Observation, audit - Procédure écrite	A,B,C,D
48.	Alimentation du nouveau-né par sonde : la fréquence de changement de la tubulure et des seringues destinées à l'alimentation entérale est définie.	- Procédure écrite	Oui, Non

VI. Les surfaces en contact avec le nouveau-né

1. Recommandations

- Les **surfaces** sont nettoyées et désinfectées selon le protocole du CLIN de chaque hôpital après le passage de chaque nouveau-né et une fois par jour de manière spécifique.

2. Grille d'auto-évaluation pour les sols et surfaces en contact avec le nouveau-né

Ordre	Critères pour sols et surfaces en contact avec le nouveau-né	Indicateur	Cotation
49.	Il existe des procédures écrites pour le nettoyage et la désinfection des sols et des surfaces en contact avec le nouveau-né	- Procédure écrite	Oui, Non

VII. Les précautions en cas de maladies transmissibles en maternité

1. La mère ou le nouveau-né présente des lésions cutanées

- L'origine **staphylococcique** doit être suspectée. Un prélèvement microbiologique est pratiqué et un traitement local ou général est mis en place. Les « précautions particulières » de type « contact » sont prises. Un isolement géographique est nécessaire. Il faut insister sur l'hygiène des mains.

L'origine doit être précisée. Le portage parmi les mères ou parmi le personnel est possible. Des prélèvements de dépistage peuvent être nécessaires : une information auprès des mères est réglementaire, et le médecin du travail est responsable de l'organisation des prélèvements auprès des personnels (confidentialité).

- Une **varicelle** est suspectée chez la mère. Des « précautions particulières » de type « contact » et de type « air » sont prises, basées sur les gants et le masque. Une prise en charge du nouveau-né doit être organisée avec les services de néonatalogie ou de pédiatrie.

2. Une ou plusieurs mères sont porteuses de Streptocoque A (*Streptococcus aerogenes*)

Un traitement curatif adapté doit être mise en place rapidement. Les « précautions particulières » de type « contact » et « gouttelettes » doivent être prises (localisation pharyngée). Un isolement géographique est nécessaire. Il faut insister sur l'hygiène des mains et le port du masque.

L'origine doit être précisée. Le portage parmi les mères ou parmi le personnel est possible et une campagne de dépistage peut être organisée. Un signalement des cas est obligatoire auprès du C.CLIN et du médecin inspecteur de la DDASS. Une antibiothérapie peut être proposée aux mères accouchant dans la période et présentant des facteurs de risques [3].

3. Un nouveau-né présente une gastro-entérite

Une infection à rotavirus doit être suspectée. Les « précautions particulières » de type « contact » doivent être prises. Un isolement géographique est nécessaire. Des prélèvements de selles peuvent être proposées aux autres nouveau-nés.

4. Une mère ou des personnels présentent un herpès

L'herpès labial d'une mère ou d'un membre d'un personnel peut se transmettre à un nouveau-né. Il est recommandé d'écarter les personnes atteintes des soins aux nouveau-nés [3].

5. Grille d'auto-évaluation pour les cas de maladies transmissibles

Ordre	Critères pour les cas de maladies transmissibles	Indicateur	Cotation
50.	Les procédures en cas de maladies cutanées transmissibles, de Strepto A chez la mère, de gastro-entérite chez le nouveau-né, ou d'herpès chez la mère sont formalisées	- Procédure écrite	A,B,C,D

Evaluation des résultats

La lutte contre les infections nosocomiales doit être évaluée sur des résultats. On entend par résultats le nombre des infections nosocomiales observées dans les services de maternité pour la mère et le nouveau-né. Les méthodes ont été exposées plus haut.

On peut ajouter également la détection d'épidémies ou de cas groupés, le signalement interne de chaque infection nosocomiale et le signalement externe des infections nosocomiales graves ou à germes rares ou particuliers (circulaire du 22 janvier 2004).

Grille d'auto-évaluation pour les résultats

Ordre	Critères pour les résultats	Indicateur	Cotation
51.	L'existence de cas groupés ou d'épidémies d'infections nosocomiales peut être repérée	- Procédure écrite	Oui, Non
52.	Toute infection nosocomiale est signalée à une personne désignée au sein de la maternité	- Document	A,B,C,D
53.	La procédure pour les signalements internes et externes dans l'établissement auprès du praticien responsable est organisée	- Audit de connaissance	A,B,C,D
54.	Des actions correctives en cas d'infection nosocomiale grave (ex. infection à Strepto A) sont organisées	- Procédure écrite - Observation	Oui, Non
55.	Une surveillance des infections nosocomiales est organisée chaque année selon une période définie	- Document	Oui, Non
56.	La méthode de surveillance en incidence du RAISIN et des C.CLIN est utilisée	- Document	Oui, Non
57.	En l'absence d'enquête d'incidence, une enquête de prévalence, un jour donné, est organisée tous les ans	- Document	Oui, Non
58.	Si les taux d'incidence ou de prévalence sont significativement plus élevés que la moyenne nationale ou régionale, des études épidémiologiques et des audits sont organisés, et des actions correctives sont mises en place	- Document	A,B,C,D

Management

Le management articule l'ensemble des activités de la direction du service ou des unités [55]. Il peut servir à :

- Orienter l'action, donner sens, finaliser,
- Organiser le travail, distinguer les fonctions, définir les contributions de chacun,
- Animer, faire fonctionner l'organisation,
- Mesurer, évaluer les résultats pour impulser une dynamique de progrès.

Le management concerne l'ensemble des responsables du service de la maternité. Il s'intègre dans le management de l'établissement et en dépend pour une grande part. Il existe de nombreux axes de management qui ont été utilisés dans le document du C.CLIN-Ouest concernant le bloc opératoire [1] : (1) l'organisation qualité, (2) la formation et l'information des personnels, (3) la définition des responsabilités, (4) la notification des événements indésirables, (5) l'identification et l'amélioration des processus concernés, (6) l'évaluation de conformité, (7) la gestion du système documentaire.

Nous ne reprendrons ici que l'aspect de la formation et l'organisation des responsabilités. Les maternités qui voudraient développer d'autres axes du management peuvent se référer au document cité [1]. La gestion du système documentaire peut représenter un enjeu important en raison du nombre d'intervenants dans une maternité.

Grille d'auto-évaluation pour le management

Ordre	Critères pour la formation des personnels	Indicateur	Cotation
59.	Un programme de formation/information existe pour tout personnel nouveau intégré à la maternité : - médical (dont internes, étudiants, vacataires...) - non médical	- Document - Plan de formation	Oui, Non
60.	Une formation continue est organisée pour la mise à jour des connaissances (hygiène, qualité, spécialité)	- Document - Plan de formation	Oui, Non
61.	Les programmes de formations sont élaborés sur la base de l'identification périodique des besoins du service	- Document	A,B,C,D
62.	Des réunions de services sont organisées pour favoriser l'information et l'amélioration des organisations	- Preuve écrite - Compte rendu	Oui, Non
63.	Les circuits de diffusion des informations sont définis	- Document	A,B,C,D
64.	Les formations réalisées font l'objet d'une évaluation immédiate et différée	- Document	A,B,C,D

Ordre	Critères pour l'organisation des responsabilités	Indicateur	Cotation
65.	Un organigramme hiérarchique ou fonctionnel est formalisé	- Document	A,B,C,D
66.	La permanence des compétences est organisée	- Document	A,B,C,D
67.	Une structure de management est identifiée et opérationnelle au sein de la maternité N.B. : La structure de management désigne l'entité favorisant la régulation entre les différentes fonctions présentes au sein de la maternité.	- Document	A,B,C,D
68.	Un règlement définit le fonctionnement de la maternité, en particulier pour la prévention du risque infectieux	- Charte du bloc	A,B,C,D
69.	Les responsabilités sont définies en matière de prévention du risque infectieux	- Document	A,B,C,D
70.	Les définitions de fonctions sont écrites	- Document	Oui, Non
71.	Les fiches de postes sont écrites pour chaque poste de travail	- Document	Oui, Non
72.	Les pratiques occasionnelles, susceptibles de générer un risque pour les personnes et/ou les équipements, sont identifiées et maîtrisées	- Document	A,B,C,D
73.	Les modalités d'élaboration et de diffusion du programme opératoire sont définies	- Charte du bloc	A,B,C,D
74.	Les affectations du personnel selon l'organisation des lieux sont anticipées en fonction des besoins	- Document	A,B,C,D

Annexe 1 : Hygiène du lait maternel

Les références sont les suivantes :

- Arrêté du 10 février 1995 pour les lactariums,
- Circulaire n°598 du 13 novembre 1996 pour les services de soins néonataux dans le cadre d'un don de lait personnalisé d'une mère à son propre enfant hospitalisé,
- Circulaire n°785 du 16 décembre 1997 relative au don de lait personnalisé d'une mère à son enfant hospitalisé, et rappel des dispositions en vigueur en matière d'allaitement maternel

On peut y ajouter un texte plus général en matière de précautions pour l'alimentation :

- Arrêté du 29 septembre 1997 fixant les conditions d'hygiène applicables dans les établissements de restauration collective à caractère social

Des textes, relativement contraignants, ont été publiés pour prévenir les *éventuelles contaminations transmises par le lait maternel*. Le lait maternel peut contaminer un enfant dans le cadre du don anonyme de lait des lactariums, mais la réglementation est très précise. De plus, une mère pourrait transmettre des micro-organismes vis-à-vis de son propre enfant. **La responsabilité d'un établissement de santé semble jouer dès lors qu'il est en cause dans le conditionnement et l'administration du lait maternel, même si c'est la mère qui donne le lait à son propre enfant.** Lorsque la mère allaite directement son enfant, cette responsabilité ne semble pas en cause.

Circulaire DGS/SP 2 n° 97-785 du 16 décembre 1997 relative au don de lait personnalisé d'une mère à son enfant hospitalisé et rappel des dispositions en vigueur en matière d'allaitement maternel

(..) En application de l'article L. 184 du code de la santé publique, la collecte du lait humain doit se faire dans le cadre d'un lactarium, notamment à des fins de contrôle de qualité. L'arrêté du 10 février 1995, auquel est annexé un guide de bonnes pratiques, fixe les conditions de fonctionnement technique des lactariums.

Le don de lait d'une mère à son enfant hospitalisé est réglementé par la circulaire n° 698 du 13 novembre 1996. Les difficultés rencontrées par les chefs de service de néonatalogie et de réanimation néonatale nous conduisent à proposer un protocole plus adapté au cas précis de ce don de lait personnalisé. Enfin il est fait un rappel de principe des sérologies à effectuer pour une femme enceinte qui a l'intention d'allaiter son enfant au sein.

I. - MESURES APPLICABLES SI LE LAIT EST PRÉLEVÉ DANS LE SERVICE DE NÉONATOLOGIE OU AU DOMICILE DE LA MÈRE ET S'IL EST DONNÉ A L'ENFANT DANS UN DÉLAI EXCÉDANT DOUZE HEURES

1.1. Les examens sérologiques

Les tests de dépistage de maladies transmissibles qui doivent être obligatoirement effectués chez la mère sont les mêmes que dans le cas des dons de lait anonymes, à savoir :

- détection des anticorps anti-HIV 1 et 2 ;
- détection des anticorps anti-HTLV 1 et anti-HTLV 2 (seulement pour une population à risques : Caraïbes, Afrique noire, Japon, Asie du Sud-est) ;
- détection de l'antigène HBs ;
- détection des anticorps anti - VHC

Si le ou les tests précédents qui n'ont pas été réalisés pendant la grossesse doivent être effectués avant toute administration du lait à l'enfant.

1.2. Les conditions de recueil du lait

Le personnel du service de néonatalogie ou de réanimation néonatale indique à la mère les précautions à prendre en vue de recueillir et de transporter son lait dans les meilleures conditions d'hygiène. Elle peut garder pendant vingt-quatre heures le lait recueilli dans le réfrigérateur et ensuite le congeler.

1.3. Les contrôles bactériologiques

Les examens bactériologiques peuvent être faits en groupant tous les biberons apportés par la mère. Les examens bactériologiques suivants doivent être effectués :

- a) Evaluation de la flore aérobie à 37° C sur gélose au sang en utilisant une boîte par échantillon avec ensemencement de 0,1 ml de lait dilué au 1/10 ou 0,01 ml de lait non dilué ou en utilisant un ensemenceur automatique. Incubation pendant quarante-huit heures.

b) Recherche et dénombrement de *Staphylococcus aureus* sur milieu de Chapman en utilisant une boîte par échantillon, avec ensemencement de 0,1 ml de lait dilué au 1/10 ou 0,01 ml de lait non dilué ou en utilisant un ensemenceur automatique. Incubation pendant quarante-huit heures.

Les dons de laits non conformes sont détruits si :

La flore totale aérobie à 37° C est supérieure ou égale à 10⁶ germes par millilitre ;

Le nombre de *Staphylococcus aureus* est supérieur à 10⁴ germes par millilitre.

1.4. La pasteurisation

Il s'agit d'une pasteurisation à basse température selon les méthodes suivantes :

- si le nombre de bactéries est inférieur ou égal à 10⁴ germes par millilitre, le lait est chauffé dans des flacons de verre ou de plastique par immersion pendant soixante minutes dans un bain-marie à + 58° C ;
- si la flore totale est inférieure ou égale à 10⁵ germes par millilitre de lait, une pasteurisation à + 63° C pendant trente minutes est réalisée.

Dans les deux cas, le lait est ensuite refroidi rapidement.

1.5. Le contrôle bactériologique après pasteurisation

Ce contrôle s'effectue par ensemencement de deux milieux :

- une boîte de PCA par ensemencement de 1 ml de lait non dilué et incubation à 30° C pendant quarante-huit heures ;
- une boîte de gélose au sang par ensemencement de 0,1 ml de lait non dilué et incubation à 37° C pendant quarante-huit heures.

Tout lait dont le contrôle est positif est détruit. Le lait est conservé quarante-huit heures maximum à + 4° C au réfrigérateur. Au-delà de ce délai, il est congelé à - 18° C.

II. - LES MESURES APPLICABLES SI LE LAIT EST PRÉLEVÉ DANS LE SERVICE DE NÉONATOLOGIE OU AU DOMICILE DE LA MÈRE ET S'IL EST DONNÉ DANS UN DÉLAI INFÉRIEUR A DOUZE HEURES

2.1. Les examens sérologiques

Lorsque le lait est prélevé dans le service de néonatalogie ou au domicile de la mère et donné dans un délai inférieur à douze heures, il convient de vérifier que les tests sérologiques précédemment énoncés ont bien été effectués. Dans le cas où ces tests n'ont pas été effectués pendant la grossesse, ils doivent être faits avant toute administration de lait à l'enfant.

2.2. Les conditions de recueil du lait

Le personnel du service de néonatalogie ou de réanimation néonatale indique à la mère les précautions à prendre en vue de recueillir et de transporter son lait dans les meilleures conditions.

2.3. Les contrôles bactériologiques

Si les conditions d'hygiène ont été parfaitement respectées lors du recueil et du transport éventuel (chaîne du froid), le lait peut être donné directement à l'enfant sans contrôles bactériologiques et pasteurisation préalable.

Le lait d'une mère donné à son propre enfant ne doit être mélangé avec aucun lait d'une autre mère.

III. - RAPPEL DES DISPOSITIONS EN VIGUEUR EN MATIÈRE D'ALLAITEMENT MATERNEL AU SEIN

Il est rappelé que les sérologies à proposer aux femmes enceintes en cours de grossesse, et en particulier celles qui ont l'intention d'allaiter, sont les suivantes :

- détection des anticorps anti-VIH 1 et VIH 2 (loi n° 93-121 du 27 janvier 1993) ;
- détection des anticorps anti-HTLV 1 et anti-HTLV 2 (pour les populations à risques) ;
- détection de l'antigène HBs (décret n° 92-143 du 14 février 1992) ;
- détection des anticorps VHC

Ce test est recommandé chez les femmes qui présentent un facteur de risque (lettre du directeur général de la santé du 5 février 1996).

Il est également rappelé que la prise en charge à 100 % des frais afférents à la grossesse intervient à compter du sixième mois de grossesse, soit au moment du quatrième examen prénatal.

*

Je vous demande de bien vouloir prendre les dispositions pour que les recommandations de sécurité relatives à l'allaitement maternel soient portées à la connaissance des chefs de service de néonatalogie et de réanimation néonatale et de m'indiquer éventuellement les difficultés que vous pourriez rencontrer pour l'application de la présente circulaire.

Le directeur général de la santé,

Professeur J. Ménard

Annexe 2 : Définitions des infections nosocomiales en maternité

Les définitions sont tirées du guide du C.CLIN-Paris-Nord [56] et du guide RAISIN 2005 [18].

INFECTIONS DU SITE OPERATOIRE

Source : 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales. Comité Technique national des Infections Nosocomiales. 2^{ème} édition 1999.

* CAS n°1 : INFECTION DE LA PARTIE SUPERFICIELLE DE L'INCISION

INFECTION :

1 - Qui survient dans les 30 jours suivant l'intervention,

ET

2- Qui touche la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, **ET**

3- Pour laquelle on constate au moins un des signes suivants :

- Du pus provenant de la partie superficielle de l'incision,
- Un germe isolé à partir d'une culture d'un liquide ou d'un tissu prélevé aseptiquement et provenant de la partie superficielle de l'incision,
- Un signe d'infection (douleur, sensibilité, rougeur, chaleur,...) associé à l'ouverture délibérée de la partie superficielle de l'incision par le chirurgien sauf si la culture est négative ;

Le diagnostic d'infection de la partie superficielle de l'incision est porté par le chirurgien (ou le praticien en charge du patient).

NB. : L'inflammation minime confinée aux points de pénétration des sutures ne doit pas être considérée comme une infection.

La notion de pus est avant tout clinique et peut être éventuellement confirmée par un examen cytologique.

* CAS n°2 : INFECTION DE LA PARTIE PROFONDE DE L'INCISION

INFECTION :

1 - Qui survient dans les 30 jours (si pas de prothèse en place) ou dans l'année (si prothèse en place) suivant l'intervention

ET

2- Qui semble liée à l'intervention **ET**

3- Qui touche les tissus mous profonds (fascia, muscles), **ET**

4- Pour laquelle on constate au moins un des signes suivants :

- Du pus provenant de la partie profonde de l'incision ;
- La partie profonde de l'incision ouverte spontanément ou délibérément par le chirurgien quand le patient présente un des signes suivants : fièvre > 38°, douleur ou sensibilité localisées, sauf si la culture est négative ;
- Un abcès ou un autre signe évident d'infection de la partie profonde de l'incision est retrouvé à l'examen macroscopique pendant la réintervention ou par examen radiologique ou histopathologique ;

Le diagnostic d'infection de la partie profonde de l'incision est porté par le chirurgien (ou le praticien en charge du patient).

* CAS n°3 : INFECTION DE L'ORGANE OU DE L'ESPACE CONCERNE PAR LE SITE OPERATOIRE

INFECTION :

1- Qui survient dans les 30 jours (si pas de prothèse en place) ou dans l'année (si prothèse en place) suivant l'intervention

ET

2- Qui semble liée à l'intervention

ET

3- Qui touche l'organe ou l'espace du site opératoire (toute partie anatomique autre que l'incision, ouverte ou manipulée pendant l'intervention) ;

ET

4- Pour laquelle on constate au moins un des signes suivants :

- Du pus provenant d'un drain placé dans l'organe ou l'espace
- Un germe isolé à partir d'une culture d'un liquide ou d'un tissu prélevé aseptiquement et provenant de l'organe ou de l'espace

- Un abcès ou un autre signe évident d'infection de l'organe ou de l'espace est retrouvé à l'examen macroscopique pendant la réintervention ou par un examen radiologique ou histopathologique ;
Le diagnostic d'infection de l'organe ou de l'espace est porté par le chirurgien (ou le praticien en charge du patient).

INFECTIONS GENITALES

ENDOMETRITE

* Cas 1 : Isolement de germe sur culture provenant de l'endomètre lors d'une intervention chirurgicale ou par aspiration à l'aiguille, ou brosse biopsie.

* Cas 2 : Présence d'un écoulement purulent de l'utérus,

ET de deux des signes suivants :

- fièvre > 38° C, - douleur abdominale, - sensibilité utérine à la palpation.

INFECTION SUR EPISIOTOMIE

* Cas 1 : Ecoulement purulent du site d'épisiotomie.

* Cas 2 : Abcès au niveau du site de l'épisiotomie.

INFECTION VAGINALE

* Cas 1 : Ecoulement purulent de la cavité vaginale.

* Cas 2 : Abcès du canal vaginal.

* Cas 3 : Germe pathogène isolé de culture du liquide ou du tissu provenant de la cavité vaginale.

AUTRES INFECTIONS DE L'APPAREIL GENITAL MASCULIN OU FEMININ

* Cas 1 : Germe isolé de culture provenant du site affecté.

* Cas 2 : Abcès ou autre signe d'infection découvert lors d'une intervention chirurgicale ou d'un examen histopathologique.

* Cas 3 : Présence de deux des signes suivants :

- fièvre > 38° C, - douleur, - dysurie,- nausées, - sensibilité à la palpation,

ET un des signes suivants :

- germe isolé d'hémoculture, - diagnostic médical.

INFECTIONS SYSTEMIQUES

Elle est le plus souvent d'origine virale et englobe plusieurs organes ou systèmes sans signe d'une localisation unique de l'infection.

Signes cliniques évocateurs de rougeole, oreillons, rubéole, varicelle, grippe, zona...

SYNDROMES GRIPPAUX (pendant la saison grippale uniquement)

Long séjour

- fièvre = 38°C,

ET au moins trois des symptômes suivants :

- frissons, - céphalées ou douleurs oculaires, - myalgies, - asthénie ou anorexie, - angine,
- apparition récente ou aggravation d'une toux sèche.

INFECTIONS OPHTALMOLOGIQUES

CONJONCTIVITE

* Cas 1 : Isolement de germe sur culture (sécrétion purulente de conjonctive ou de tissus adjacents : paupières, cornée, glandes lacrymales ou de Meibomius).

* Cas 2 : Douleur ou rougeur de la conjonctive (ou du pourtour de l'œil),

ET un des signes suivants :

- découverte de leucocytes et germes sur coloration de Gram des sécrétions,
- sécrétions purulentes,
- découverte d'antigène dans les sécrétions ou les produits de grattage de la conjonctive,
- observation en microscopie de cellules géantes multinucléées dans les sécrétions ou les produits de grattage de la conjonctive,
- culture virale positive dans les sécrétions conjonctivales,
- anticorps IgM détectés ou IgG multipliés par 4 sur 2 prélèvements successifs.

AUTRES INFECTIONS DE L'OEIL

* Cas 1 : Isolement de germes sur culture (produits de chambre antérieure ou postérieure, humeur vitrée).

* Cas 2 : Présence de deux des signes suivants, sans autre cause évidente :

- douleur oculaire, - troubles de la vue, - hypopion,

ET un des signes suivants :

- isolement de germe à l'hémoculture, - découverte d'antigène dans le sang,

- diagnostic du médecin.

AUTRES INFECTIONS NOSOCOMIALES POUVANT ETRE DIAGNOSTIQUEES EN MATERNITE

INFECTION DES TISSUS MOUS

(Fasciite nécrosante, gangrène infectieuse, cellulite nécrotique, myosite infectieuse, lymphadénite ou lymphangite.)

* Cas 1 : Germe isolé de culture de tissu ou d'écoulement du site affecté.

* Cas 2 : Ecoulement purulent du site affecté.

* Cas 3 : Abscess ou autre signe d'infection observé durant l'intervention chirurgicale ou à l'examen histologique.

* Cas 4 : Présence de deux des signes suivants :

- douleur locale, - rougeur, - chaleur, - sensibilité, - gonflement.

ET un des signes suivants :

- germe isolé d'hémoculture, - recherche d'antigène soluble positive dans le sang ou les urines,

- taux d'anticorps élevé (IgM) ou multiplié par 4 (IgG) sur 2 prélèvements successifs.

OMPHALITE DU NOUVEAU-NE

Chez l'enfant de moins de 30 jours

Erythème ou écoulement séreux de l'ombilic, et un des signes suivants :

- germe isolé de culture d'écoulement ou de produit d'aspiration à l'aiguille,

- germe isolé d'hémoculture, - érythème et écoulement purulent de l'ombilic.

PUSTULOSE DU JEUNE ENFANT

Chez l'enfant de moins de 12 mois

* Cas 1 : Présence de pustules et diagnostic de pustulose par le médecin.

* Cas 2 : Présence de pustules et prescription d'un traitement antibiotique adéquat.

ABCES DU SEIN OU MASTITE

* Cas 1 : Germe isolé de culture de tissu mammaire, ou de tissu obtenu par incision et drainage, ou aspiration à l'aiguille.

* Cas 2 : Abscess du sein ou autre signe d'infection découvert lors d'une intervention chirurgicale ou à l'examen histopathologique.

* Cas 3 : Fièvre >38° C, inflammation localisée du sein et diagnostic établi par le médecin.

INFECTION INTRA-ABDOMINALE

* Cas 1 : Isolement de germe sur produit purulent intra-abdominal (suite à une intervention chirurgicale ou aspiration à l'aiguille).

* Cas 2 : Découverte d'abscess ou de signe d'infection au cours d'une intervention chirurgicale ou d'un examen histopathologique.

* Cas 3 : Présence de deux des signes suivants (toute autre cause étant écartée) :

- fièvre > 38° C, - nausées, vomissements, - douleur abdominale, - ictère,

ET un des signes suivants :

- isolement de germe sur produit de drain posé chirurgicalement (drainage en circuit fermé, drain ouvert, drain de kehr),

- découverte microscopique de germe sur coloration de Gram des produits de drainage ou de tissus ou par aspiration à l'aiguille,

- isolement de germe à l'hémoculture et image radiologique d'infection.

Glossaire

ACCIDENT D'EXPOSITION AU SANG (A.E.S.)

On définit un accident d'exposition au sang (AES) comme le contact transcutané (piqûre, coupure) ou sur les muqueuses ou de la peau souillée avec du sang ou un liquide biologique souillé de sang, tels que :

- percutané (avec effraction cutanée : piqûre, coupure),
- sur muqueuses (œil, bouche),
- ou sur peau lésée (eczéma, coupure antérieure).

Les AES exposent les soignants au risque de contamination par les agents pathogènes transmis par le sang, notamment les virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et de l'hépatite C (VHC).

ANTISEPSIE (norme NF T 72-101)

Opération au résultat momentané permettant aux tissus vivants, dans la limite de leur tolérance, d'éliminer ou de tuer les micro-organismes et/ou d'inactiver les virus en fonction des objectifs fixés. Le résultat de cette opération est limité aux micro-organismes et/ou virus présents au moment de l'opération.

Terme réservé aux tissus vivants, des normes à paraître limiteront ce terme à la peau lésée (avec un statut de médicament).

ANTISEPTIQUE (norme NF T 72-101)

Produit utilisé pour l'antiseptie dans des conditions définies. Les antiseptiques sont des médicaments à usage externe : ils doivent faire l'objet d'une prescription médicale pour une utilisation en curatif (peau lésée, muqueuses).

ASEPSIE PROGRESSIVE

Ce concept permet d'identifier les étapes indispensables qui vont amener le matériel, les personnes et leur environnement à un niveau de qualité optimale au moment de l'acte opératoire. Le concept d'asepsie progressive permet d'analyser, lors des différentes étapes, toutes les pratiques centrées sur le risque infectieux.

BACTERIES MULTI-RESISTANTES (B.M.R.)

Les bactéries sont dites multirésistantes aux antibiotiques (BMR) lorsque, du fait de l'accumulation des résistances naturelles et acquises, elles ne sont plus sensibles qu'à un petit nombre d'antibiotiques habituellement actifs en thérapeutique.

BIONETTOYAGE

Le bionettoyage est défini comme un procédé destiné à réduire la contamination biologique des surfaces. Il est obtenu par la combinaison du nettoyage, l'évacuation des salissures et des produits utilisés, puis de l'application d'un désinfectant.

CONTAMINATION CROISEE

Transmission de micro-organismes d'un patient à un autre par l'intermédiaire de matériels, surfaces ou des personnels eux-mêmes (en particulier les mains).

DÉCHETS

Tout résidu d'un processus de production, de transformation ou d'utilisation, toute substance, matériau, produit ou généralement tout bien meuble abandonné ou que son détenteur destine à l'abandon.

DECHETS : ÉLIMINATION

Ensemble des étapes de collecte, transport, stockage, tri et traitement nécessaires à la récupération des éléments et matériaux réutilisables ou de l'énergie ainsi qu'au dépôt ou au rejet dans le milieu naturel de tout autre produit dans des conditions propres à éviter les nuisances.

DÉCHET D'ACTIVITÉS DE SOINS (D.A.S.) (Article R44-1 du Code de la Santé Publique créé par le Décret n°97-1048 du 6 novembre 1997)

Déchets issus des activités de diagnostic, de suivi et de traitement préventif, curatif ou palliatif, dans le domaine de la médecine humaine et vétérinaire.

DECHETS D'ACTIVITES DE SOINS A RISQUES INFECTIEUX (DASRI) (Article R44-1 du Code de la Santé Publique créé par le Décret n°97-1048 du 6 novembre 1997)

DAS qui contient des micro-organismes viables ou leurs toxines, dont on sait ou dont on a de bonnes raisons de croire qu'en raison de leur nature, de leur quantité ou de leur métabolisme, ils causent la maladie chez l'homme ou chez d'autres organismes vivants.

- soit, même en l'absence de risque infectieux, relèvent de l'une des catégories suivantes :

- matériels et matériaux piquants ou coupants destinés à l'abandon, qu'ils aient été ou non en contact avec un produit biologique,
- produit sanguins à usage thérapeutique incomplètement utilisés ou arrivés à péremption,
- déchets anatomiques humains, correspondant à des fragments humains aisément identifiables.]

DASRI Mous

Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux constitué de tout matériau, quel qu'il soit, autre que perforant.

DÉSINFECTANT (norme NF T 72-101)

Produit réservé à la désinfection des surfaces inanimées et ayant des propriétés antimicrobiennes. Produit réservé à la désinfection de la peau et des muqueuses saines ou lésées ; en cas de produit utilisé dans un but thérapeutique sur la peau ou les muqueuses lésées ou infectées, on parle alors d'*antisepsie*.

DÉSINFECTION (norme NF T 72-101)

Opération au résultat momentané, permettant d'éliminer ou de tuer les micro-organismes et/ou d'inactiver les virus indésirables portés sur des milieux inertes contaminés, en fonction des objectifs fixés. Le résultat de cette opération est limité aux micro-organismes présents au moment de l'opération.

Terme réservé aux sols, surfaces inertes et dispositifs médicaux, des normes à paraître étendront ce terme à la peau saine (la peau lésée correspondant à l'antisepsie).

DESINFECTION STANDARD DES MAINS

Opération ayant pour but d'éliminer ou de réduire la flore transitoire, par lavage ou par friction en utilisant un produit désinfectant. La désinfection des mains est réalisée :

- soit par lavage désinfectant des mains : lavage hygiénique des mains (conformité à la norme NF EN 1499 ou NF T 72-501),
- soit par friction désinfectante des mains : traitement hygiénique des mains par frictions (conformité à la norme NF EN 1500 ou NF T 72-502).

On peut estimer que la désinfection standard des mains est nécessaire pour des actes de niveau intermédiaire de risque infectieux.

DESINFECTION CHIRURGICALE DES MAINS

Opération ayant pour but d'éliminer la flore transitoire et de réduire la flore résidente de façon prolongée par lavage chirurgical ou par friction chirurgicale en utilisant un produit désinfectant ou par association d'un lavage simple et d'une friction chirurgicale.

La désinfection des mains est réalisée :

- par lavage chirurgical des mains (conformité à la norme pr EN 12791),
- par désinfection chirurgicale par frictions (conformité à la norme pr EN 12791).

On peut estimer que la désinfection chirurgicale des mains est requise pour des actes à hauts risques infectieux.

DÉTERSION (NETTOYAGE)

Opération permettant d'enlever les salissures et micro-organismes qu'elles supportent, par action mécanique.

DISPOSITIFS MEDICAUX

Selon la Directive 93/42/CEE du Conseil du 14 juin 1993 relative aux dispositifs médicaux, on entend par dispositifs médicaux « Tout instrument, appareil, équipement, matière ou autre article, utilisé seul ou en association, y compris le logiciel nécessaire pour le bon fonctionnement de celui-ci, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins :

- de diagnostic, de prévention, de contrôle, de traitement ou d'atténuation d'une maladie,
- de diagnostic, de contrôle, de traitement, d'atténuation ou de compensation d'une blessure ou d'un handicap,
- d'étude ou de remplacement ou modification de l'anatomie ou d'un processus physiologique,
- de maîtrise de la conception,

et dont l'action principale voulue dans ou sur le corps humain n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens ». On distingue 2 catégories de dispositifs médicaux : les D.M.U. (dispositifs médicaux à usage unique) et les D.M.R. (dispositifs médicaux réutilisables).

DISPOSITIFS MEDICAUX ET NIVEAUX DE RISQUE INFECTIEUX

- Matériel critique : dispositifs médicaux pénétrant dans les tissus ou cavités stériles ou dans le système vasculaire, exposition à un risque infectieux élevé.
- Matériel semi-critique : dispositifs médicaux en contact avec les muqueuses ou une peau lésée superficiellement.
- Matériel non critique : dispositifs médicaux qui ne sont pas en contact direct avec le patient ou sont en contact avec une peau saine.

HYGIENE DES MAINS : MATERIELS, PRODUITS ET TECHNIQUES

Niveau de risque bas : un traitement hygiénique des mains par friction avec une solution ou un gel hydro-alcoolique est la règle sous réserve que les mains ne soient ni souillées, ni poudrées, ni mouillées, ni lésées. Dans ces derniers cas (voir texte), le lavage simple des mains est recommandé.

Niveau de risque intermédiaire

Un traitement hygiénique des mains par friction avec une solution ou un gel hydro-alcoolique est la règle. Lorsque les mains sont souillées, poudrées, mouillées, ou lésées, ou en cas de contact avec du sang ou un liquide biologique, y compris en situation d'AES, ou en cas de contact avec des matières organiques (excréta et secréta), un lavage hygiénique des mains doit être pratiqué.

INFECTION NOSOCOMIALE

Une infection est dite nosocomiale si elle apparaît au cours ou à la suite d'une hospitalisation et si elle était absente à l'admission à l'hôpital. Ce critère est applicable à toute infection.

Lorsque la situation précise à l'admission n'est pas connue, un délai d'au moins 48 heures après l'admission (ou un délai supérieur à la période d'incubation lorsque celle-ci est connue) est communément accepté pour distinguer une infection d'acquisition nosocomiale d'une infection communautaire. Toutefois, il est recommandé d'apprécier, dans chaque cas douteux, la plausibilité du lien causal entre hospitalisation et infection.

LAVAGE SIMPLE DES MAINS

Opération ayant pour but d'éliminer les salissures et de réduire la flore transitoire par action mécanique, en utilisant de l'eau et du savon. On peut estimer que le lavage simple est suffisant pour des actes ayant un bas niveau de risque infectieux. Il n'existe pas de norme correspondant au lavage simple.

NETTOYAGE DES LOCAUX

Le nettoyage est une opération d'entretien et de maintenance des locaux dont l'objectif principal est d'assurer un aspect agréable (notion de confort) et un niveau de propreté (notion d'hygiène et de prévention du risque infectieux). Le risque de transmission croisée peut être lié aux micro-organismes présents sur les matériels et les équipements : barrières, télécommande de lit à hauteur variable, plan de travail...

La propreté des locaux intervient directement dans la qualité de l'accueil et participe à la sécurité du patient.

Quatres zones permettent d'organiser et de planifier le nettoyage des locaux : Zone 1 : à faible risque, Zone 2 : risques infectieux modérés, Zone 3 : à risques et Zone 4 : à hauts risques infectieux. Le niveau de désinfection requis peut être ainsi établi pour chaque local.

PATIENT INFECTÉ

Patient pour lequel a été identifiée la présence d'un micro-organisme dans un site anatomique habituellement stérile, accompagnée de signes cliniques ou biologiques d'infection (ex : infection de site opératoire, infection urinaire asymptomatique, bactériémie..).

PRÉCAUTIONS STANDARDS

Ensemble de recommandations à mettre en œuvre vis à vis de TOUT PATIENT, quel que soit son statut sérologique.

"Des précautions d'hygiène doivent être appliquées pour tout patient, quel que soit son statut infectieux, afin d'assurer une protection systématique de tous les patients et des personnels vis-à-vis des risques infectieux. La maîtrise du risque de transmission d'agents infectieux impose le respect par le personnel de précautions standard ou générales.

PRÉ-DÉSINFECTION (DÉCONTAMINATION ou PRE-TRAITEMENT)

Premier traitement à effectuer sur les objets et matériels souillés dans le but de diminuer la population de micro-organismes et de faciliter le nettoyage ultérieur. Elle protège le personnel lors de la manipulation des instruments et évite la contamination de l'environnement.

PRESCRIPTION MEDICALE (Décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatifs aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, Journal Officiel du 16 février 2002).

Article 6 : [Outre les actes et activités visés aux articles 11 et 12, l'infirmier est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin : ...].

STÉRILISATION (Norme NF T 72-101)

Mise en œuvre d'un ensemble de méthodes et de moyens visant à éliminer tous les micro-organismes vivant de quelque nature que ce soit, portés par un objet parfaitement nettoyé.

TRACABILITE

Aptitude à retrouver l'historique, l'utilisation ou la localisation d'une entité au moyen d'identifications enregistrées. Lorsqu'il se rapporte à un produit, le terme traçabilité peut se référer à : l'origine des matériaux et des pièces, l'historique des processus appliqués au produit, la distribution et l'emplacement du produit après livraison.

Références

→ Textes réglementaires

- ◆ Arrêté du 10 février 1995 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des lactariums
- ◆ Circulaire DH n°960479 du 5 février 1996 relatif à l'utilisation du gel échographique.
- ◆ Circulaire n° 672 du 20 octobre 1997 relative à la stérilisation des matériels médicaux.
- ◆ Circulaire n°698 du 13 novembre 1996 relative au don de lait personnalisé d'une mère à son enfant hospitalisé.
- ◆ Décret n° 97-1048 du 6 novembre 1997 relatif à l'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques.
- ◆ Circulaire DGS/SP2 n° 785 du 16 décembre 1997 relative au don de lait personnalisé d'une mère à son enfant hospitalisé, et rappel des dispositions en vigueur en matière d'allaitement maternel.
- ◆ Note d'information n° 226 du 23 mars 1998 concernant la circulaire n° 672 du 20 octobre 1997.
- ◆ Circulaire n° 249 du 20 avril 1998 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques.
- ◆ Arrêté du 25 avril 2000 relatif aux locaux de prétravail et de travail, aux dispositifs médicaux et aux examens pratiqués en néonatalogie et en réanimation néonatale.
- ◆ Circulaire DHOS/DGS/DACS/DGCL n° 2001/576 du 30 novembre 2001 relative à l'enregistrement à l'état civil et à la prise en charge des corps des enfants décédés avant la déclaration de naissance.
- ◆ Circulaire n° 591 du 17 décembre 2003 relative aux modalités de traitement manuel pour la désinfection des endoscopes non autoclavables dans les lieux de soins
- ◆ Circulaire DHOS\E2 - DGS\SD5C N° 21 du 22 janvier 2004 relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients dans les établissements de santé.
- ◆ Rappel des bonnes pratiques pour la préparation, la manipulation et la conservation des biberons et seringues pour alimentation continue de lait en établissement de santé. Ministère de la Santé. Lundi 27 décembre 2004.

→ Articles et ouvrages scientifiques en références

1. C.CLIN-Ouest. Guide pour l'évaluation des pratiques d'hygiène au bloc opératoire. 2002:83 pages
2. C.CLIN-Ouest. Hygiène en urologie. 2004:88 pages
3. Société Française d'Hygiène Hospitalière. Guide pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales en maternité. 2003:107 pages
4. SFAR. Recommandations concernant l'hygiène en anesthésie. 1997:22 pages
5. Comité Technique National des Infections Nosocomiales. Les 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité 1999;Numéro spécial:120 pages
6. Lentilhac JP. Responsabilités médicales et infections nosocomiales. HYGIENES 2002;6:471-8
7. Fortney JA. Méthodes de mesure et niveaux de la mortalité maternelle,. In: Institut National d'Etudes démographiques, ed. Déterminants de la mortalité,. Paris, 2002:109-127
8. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Rapport du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle 1995-2001. 2001:www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/maternite/sommaire.htm

9. Aujard Y, Baumann C, Bedu A, et al. Infections néonatales bactériennes du nouveau-né. In: Flammarion, ed. Journées Parisiennes de Pédiatrie. Paris, 1993:59-66
10. Gibbs RS. Clinical risk factors for puerperal infection. *Obstet Gynecol* 1980;55 (5):1785-1845
11. Kressel AB, Linnenmann CC. Nosocomial infections in obstetrical patients. In: Glen Mayhall C, ed. *Hospital Epidemiology and Infection Control*; Third edition Lippincott Williams et Wilkins Philadelphia, 2004:927-36
12. C.CLIN-Sud-Est. Rapport Réseau Mater 2001 Sud-Est, 2003
13. C.CLIN-Sud-Est. Surveillance des infections nosocomiales en maternité. 2004;<http://cclin-sudest.univ-lyon1.fr/reseaux/mater/mater.htm>
14. Réseau Mater Sud-Est. Lutte contre les infections nosocomiales en Maternité. *Mater.lien* 2001-2004
15. Malavaud S, Bou-Segonds E, Berrebi A, et al. Les infections nosocomiales chez la mère et l'enfant : une enquête d'incidence sur 804 accouchements. *J Gynecol Obstet Reprod* 2003;32:132-74
16. Tissot-Guerraz F, Thoulon JM, Miellet CC. La surveillance de l'infection nosocomiale en maternité. *Société Française de Médecine Périnatale* 1993;Ed Arnette:121-36
17. Lequien P, Thieuleux M. Les infections hospitalières néonatales. In: Arnette, ed. *Médecine périnatale*. Paris, 1983:79-87
18. RAISIN. Surveillance des infections nosocomiales en maternité. 2005:37 pages
19. ANAES. Evaluation des pratiques professionnelles : qualité de la pose et de la surveillance des sondes urinaires. 1999:53 pages
20. Rhône-Alpes CTRdEH-D. Hygiène et architecture dans les établissements de santé. 1997:59 pages - page 43
21. Comité Technique National des Infections Nosocomiales. Surveillance microbiologique de l'environnement dans les établissements de santé : eaux, air, surfaces. Ministère chargé de la Santé 2002;Numéro spécial:120 pages
22. HICPAC C-. Guidelines for environmental infection control in health-care facilities. 2003:235 pages
23. Société Française d'Hygiène Hospitalière. Recommandations pour la désinfection des mains. 2002:28 pages
24. Comité Technique National des Infections Nosocomiales. Guide de bonnes pratiques de désinfection des dispositifs médicaux. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité 1998:133 pages
25. Société Française d'Hygiène Hospitalière. Liste positive des désinfectants 2004. *HYGIENES* 2004;12 (2):91-110
26. Comité Technique des Infections Nosocomiales. Maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes aux antibiotiques. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité 1999:23 pages
27. Comité Technique des Infections Nosocomiales. Recommandations d'isolement septique en établissement de soins. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité 1998:51 pages
28. Ministère de la santé de la famille et des personnes handicapées. Circulaire DHOS/E2/DGS/SD5C/2003/N°591 du 17/12/2003 relative aux modalités de traitement manuel pour la désinfection des endoscopes non autoclavables dans les lieux de soins.
29. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Circulaire n°672 du 20 octobre 1997 relative à la stérilisation des dispositifs médicaux.
30. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Circulaire n°249 du 20 avril 1998 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang et les liquides biologiques.
31. Comité Technique des Infections Nosocomiales. Elimination des déchets de soins à risques infectieux. 1999:50 pages
32. Commission centrale des marchés, laboratoires GpdEdmdéedfcdsed. Guide du bionettoyage - Recommandation E 1-90. 1994:80 p.

33. Commission centrale des marchés, laboratoires GpdEdmdéedfdcdsed. Guide du bionettoyage - Recommandation E 1-90. 1998:61 p.
34. C.CLIN-Sud-Ouest. Entretien des locaux des établissements de soins. 1998:29 pages
35. C.CLIN-Ouest. Les signalements des infections nosocomiales au C.CLIN-Ouest, 2003
36. Société Française d'Hygiène Hospitalière. Gestion pré-opératoire du risque infectieux. 2004;http://www.sfh.net/pdf/texte_long_13052004.pdf
37. Pagès S, Courrege C, Petroff A. Protocole de toilette chez la jeune accouchée. Thérapeutique et Pratique Hospitalière 1994;5:2-3
38. C.CLIN-Ouest, RRESO. Hygiène et prévention de la transmission de micro-organismes en consultation de gynécologie-obstétrique. 200:36 pages
39. Pouillard F, Vilgrain V, Sinègre M, et al. Réflexions concernant la désinfection des sondes d'échographie. Le manipulateur 1994;115:129-31
40. Zupan J, Garner P. Topical umbilical cord care at birth. *Cochrane Rev* 2002:1-19
41. World Health Organization. Care of the umbilical cord : a review of the evidence. Geneva : WHO 1998
42. Nandrup-Bus I. There is not evidence to recommend the widespread use of topical antimicrobials on the umbilical cord stump. *J Hosp Inf* 2004;58:165
43. Montague E, Lynn W, Michie CA. Umbilical disinfection: lessons from history. *Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal* 2004;89:F470
44. Aujard Y. Modalités de traitement local et général, médicamenteux ou non, pour le nouveau-né suspect d'infection ou de colonisation par le virus de l'herpès. *Ann Dermatol Venereol* 2002;129:655-61
45. Wilson CM, Gray G, Read JS, Mwatha A. Tolerance and safety of different concentrations of chlorhexidine for peripartum vaginal and infant washes : HIVNET 025. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004;35:138-43
46. Mandelbrot L, Msellati P, Meda N, Leroy V. 15 month follow up of African children following vaginal cleaning with benzalkonium chloride of their HIV infected mothers. *Sex Transm Infect* 2002;78:267-70
47. Bernet C, Dutertre E, Aguelon V, Le Coutour X et al. Mise en place d'une procédure d'entretien des couveuses au CHU de Caen : choix d'une stratégie de préventions des risques chez le nouveau-né. Réseau d'Hygiène de Basse-Normandie. 2000
48. RHC Centre. Recommandations pour l'entretien des incubateurs. 1999:19 pages
49. C.CLIN -Paris-Nord. Hygiène des couveuses. 2001
50. C.CLIN-Ouest. Critères de choix des dispositifs humidifiants et chauffants. Document C.CLIN 1998:28 pages
51. Nelson JD. The newborn nursery: Benett T, Brachman P, 1992:441-60
52. Deharo E, Divol E, Saint-Martin F. Réalisation d'un nouveau protocole de toilette du nouveau-né. *Tech Hosp* 1992;567:46-8
53. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Circulaire DGS/SP 2 n° 97-785 du 16 décembre 1997 relative au don de lait personnalisé d'une mère à son enfant hospitalisé et rappel des dispositions en vigueur en matière d'allaitement maternel.
54. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Rappel des bonnes pratiques pour la préparation, la manipulation et la conservation des biberons et seringues pour l'alimentation continue de lait en établissement de santé.
55. Defourny V, Noyé D. Du bon usage des mots de la qualité. INSEP Editions - Paris 1996:142 pages
56. C.CLIN Paris-Nord. Guide de définition des infections nosocomiales. Editions Frison-Roche. Paris 1995:78 pages

Grilles d'auto-évaluation à remplir avec la cotation

Ordre	Critères pour les secteurs de maternité	Indicateur	Cotation
1.	Une formalisation des fonctions des salles et des circulations est effectuée	- Charte de la maternité - Procédure écrite - Signalétique	
2.	Un traitement d'air existe dans les salles d'accouchement, et les salles pour les nouveau-nés	- Observation - Procédure d'entretien	
3.	La salle de diagnostic prénatal et d'amniocentèse est adaptée à cette activité	- Procédure écrite - Observation - Signalétique	
Ordre	Critères pour les niveaux de soins	Indicateur	Cotation
4.	Les actes de soins sont formalisés et classés en fonction de leur niveau de risque	- Protocoles (procédures) datés, signés, validés selon une démarche-qualité	
Ordre	Critères pour la tenue vestimentaire	Indicateur	Cotation
	• Consultations, hospitalisation		
5.	Les professionnels ont une tenue avec tunique-pantalon avec manches courtes, ou une blouse sous certaines conditions	- Observation - Dotation par personne	
6.	Les mains et poignets sont libres de bijoux et montres	- Observation	
	• Bloc obstétrical		
7.	Pour les actes à haut risque, une tenue stérile est revêtue avec masque, coiffe, casaque et gants stériles	- Procédure écrite - Observation - Gestion des stocks	
8.	Pour les actes à risque intermédiaire, une blouse ou un tablier est revêtue sur la tenue habituelle	- Procédure écrite - Observation	
9.	Les vêtements jetables sont disposés après usage dans les contenants adéquats	- Procédure écrite - Observation	
10.	Les accompagnants revêtent une blouse en entrée de bloc obstétrical	- Procédure écrite - Observation	
	• Bloc opératoire		
11.	Les professionnels revêtent une tenue spécifique lors de l'entrée au bloc opératoire	- Procédure écrite - Observation	
12.	Les accompagnants revêtent une tenue spécifique lors de l'entrée au bloc opératoire	- Procédure écrite - Observation	
Ordre	Critères pour l'hygiène des mains	Indicateur	Cotation
	• Ressources		
13.	Les ressources pour le lavage des mains existent à proximité, dans tous les secteurs et selon les exigences : savon liquide (simple ou antiseptique), papier essuie-mains, poubelle sans contact manuel	- Observation - Dotation (consommables)	
14.	Les ressources pour le traitement des mains par friction existent dans tous les secteurs : flacons en grand format ou petit format	- Observation	
	▪ Opportunités, pratiques		
15.	Une formalisation des procédures d'hygiène des mains est effectuée	- Procédure écrite	
16.	Une quantification des volumes des produits d'hygiène des mains est effectuée chaque année en fonction du nombre de journées ou selon le nombre de naissances	- Observation annuelle - Gestion des stocks	

17.	Des audits d'opportunités sont organisés	- Fréquence - Questionnaire - Résultats	
18.	Des audits ciblés sur les pratiques à risque sont organisés	- Fréquence - Questionnaire - Résultats	
Ordre	Critères pour les précautions standard	Indicateur	Cotation
19.	Les précautions standard sont formalisées	- Procédure écrite	
20.	Des audits de pratiques des précautions standard sont effectués régulièrement	- Observation	
21.	Le masque avec visière ou lunettes de protection est porté au moment de l'expulsion et de la réfection de l'épisiotomie	- Procédure écrite - Observation	
22.	Les gants non stériles sont portés en salle de naissance par l'ensemble des personnes en contact avec le nouveau-né	- Procédure écrite - Observation	
Ordre	Critères pour les précautions particulières	Indicateur	Cotation
23.	Les situations où une maladie contagieuse est diagnostiquée chez la mère et/ou l'enfant sont listées	- Procédure écrite	
24.	Les procédures d'isolement septique (précautions contact, respiratoire gouttelette ou air) sont organisées en cas d'infections transmissibles ou contagieuses	- Procédure écrite	
25.	Des précautions particulières sont prévues en cas de varicelle maternelle ou néonatale	- Procédure écrite	
26.	En cas d'infection puerpérale à Streptocoque A, l'isolement géographique et l'application des précautions particulières de type « contact » sont prévus	- Procédure écrite	
Ordre	Critères pour les dispositifs médicaux	Indicateur	Cotation
27.	Les procédures de prise en charge des dispositifs médicaux sont formalisées	- Procédure écrite	
28.	Les professionnels chargés des procédures de prise en charge des DM sont formés et leurs connaissances sont actualisées.	- Procédure écrite - Traçabilité	
29.	La traçabilité des opérations de prise en charge est organisée	- Observation	
	<ul style="list-style-type: none"> • DM à usage unique 		
30.	L'usage unique n'est pas réutilisé	- Observation - Gestion des stocks/activité	
31.	L'usage unique est utilisé lorsque ces DM existent, en remplacement des DM réutilisables	- Observation - Liste des DM UU	
	<ul style="list-style-type: none"> • DM réutilisables 		
32.	Un local est réservé à la prise en charge immédiate des DM réutilisables	- Observation	
33.	Une procédure de nettoyage des DM réutilisables existe	- Procédure écrite	
34.	Les dispositifs réutilisables sont immergés dans une solution immédiatement après leur utilisation	- Observation	
	<ul style="list-style-type: none"> • DM avec désinfection de haut niveau 		
35.	Une procédure de désinfection des DM réutilisables existe	- Procédure écrite	
36.	Les produits, les temps d'immersion, le rinçage final sont respectés	- Observation	
37.	Les DM désinfectés subissent un nouveau cycle avant toute	- Observation	

	utilisation après 12 heures de stockage		
	• DM avec stérilisation		
38.	Une procédure de stérilisation des DM réutilisables existe	- Procédure écrite	
39.	Tout ce qui est auto-clavable est autoclavé	- Observation	
40.	Le stockage des DM en sachets stériles est organisé : local réservé, dates de péremption, modalités de sortie et d'entrée	- Procédure - Observation	
Ordre	Critères pour les AES	Indicateur	Cotation
41.	Les gestes à risques de piqûre ou projections sont listés et font l'objet de procédures de protection	- Procédure écrite - Observation	
42.	Une procédure existe en cas d'AES	- Procédure écrite	
43.	La conduite à tenir en cas d'AES est connue des soignants	- Observation - Affiche d'information	
44.	Un relevé des AES est réalisé dans tous les secteurs	- Procédure écrite - Bilan annuel	
45.	Les matériels de sécurité et de protection sont mis à disposition : collecteurs d'objets coupants tranchants, gants, lunettes de protection masque , ou masque muni de visière, DM sécurisés	- Observation	
46.	Le risque AES et sa prévention font l'objet d'une information des personnels en place, des nouveaux arrivants et des étudiants	- Plan de formation - Modalités d'accueil des nouveaux arrivants	
Ordre	Critères des antiseptiques	Indicateur	Cotation
47.	Les antiseptiques à utiliser et leurs indications sont formalisés pour la mère et le nouveau-né	- Procédure écrite	
48.	Les produits iodés ne sont pas utilisés chez le nouveau-né	- Observation	
49.	Les produits aux propriétés non antiseptiques comme l'éosine ne sont pas utilisés comme antiseptiques	- Observation - Protocole de soins - Fiches produits	
50.	Les dates de péremption des antiseptiques en flacon fermé ne sont pas dépassées	- Observation - Gestion des stocks	
51.	Les délais d'ouverture des flacons ouverts correspondent aux recommandations du CLIN et du pharmacien	- Procédure écrite - Observation	
52.	Les flacons d'antiseptiques sont fermés après usage	- Observation	
Ordre	Critères des déchets d'activités de soins	Indicateur	Cotation
53.	L'élimination des DAS est organisée par catégorie	- Procédures écrites	
54.	Les filières d'élimination des DAS sont connues des personnels, des étudiants et des nouveaux arrivants	- Affiche, plan formation - Document d'accueil des nouveaux arrivants	
55.	Les contenants sont adaptés et distincts pour chaque catégorie de DAS	- Observation - Affiches de tri	
56.	Les délais d'élimination sont respectés	- Observation	
57.	L'emplacement des contenants dans chaque lieu de soins permet le tri sélectif dès la production des déchets (sans intermédiaire)	- Observation - Audits de pratiques	
58.	La filière des déchets anatomiques (placentas ou fœtus) est formalisée	- Procédure écrite	
59.	L'utilisation des collecteurs pour objets piquants et tranchants est définie	- Observation	
Ordre	Critères pour les locaux	Indicateur	Cotation
	• Ressources, organisation		
60.	Une formalisation des procédures d'hygiène des locaux est effectuée	- Procédure écrite	
61.	La formation des personnels pour le nettoyage des locaux est organisée	- Plan de formation	
62.	La planification du nettoyage pour tous les locaux est définie	- Plan - Fiche de postes	
	▪ Opportunités, pratiques		
63.	Les matériels, produits et consommables sont mis à disposition	- Observation	

64.	Des audits d'opportunités et de pratiques d'hygiène des locaux sont organisés	- Procédure écrite - Fréquence - Résultats d'audits	
	▪ Bloc opératoire		
65.	Les prélèvements microbiologiques au bloc opératoire sont organisés (modalités de contrôle : méthode, lieu, nature, fréquence)	- Mode opératoire - personnel habilités - Résultats - Plan d'action corrective	
Ordre	Critères pour la pose de péridurale	Indicateur	Cotation
66.	La procédure d'anesthésie péridurale est formalisée	- Procédure écrite	
67.	La préparation cutanée de la zone lombaire consiste en une antisepsie en 5 temps : déterSION, rinçage, séchage et désinfection avec séchage avant le geste	- Observation	
68.	La tenue chirurgicale de l'opérateur comporte : coiffe, masque, hygiène des mains, casaque stérile, et gants stériles	- Observation	
69.	Lors des réinjections, les précautions concernent : la pratique d'hygiène des mains et la désinfection du site d'injection avec des compresses stériles	- Observation	
70.	Un pansement stérile est appliqué en fin de pose	- Observation	
Ordre	Critères pour la préparation du périnée en salle d'accouchement	Indicateur	Cotation
71.	La préparation du périnée est formalisée pour le temps qui précède l'accouchement	- procédure écrite	
72.	La préparation du périnée comprend : le port de gants non stériles, l'utilisation de savon antiseptique dilué et l'utilisation de ciseaux pour l'ébarbage ou d'une tondeuse	- Procédure écrite - Observation	
Ordre	Critères pour une rupture provoquée de la poche des eaux	Indicateur	Cotation
73.	La préparation du périnée est formalisée en cas de rupture provoquée de la poche des eaux	- Procédure écrite - Observation	
74.	L'hygiène des mains et port gants stériles sont réalisés avant la manipulation de l'amniotome	- Procédure écrite - Observation	
75.	L'amniotome est à usage unique	- Observation	
76.	Les compresses et l'amniotome sont jetés avec les DASRI	- Observation	
Ordre	Critères pour les manœuvres endo-utérines	Indicateur	Cotation
77.	La préparation du périnée est formalisée en cas de manœuvres endo-utérines	- Procédure écrite - Observation	
78.	Les gants non stériles sont remplacés par des gants à usage unique stériles pour la réalisation de l'acte proprement dit		
Ordre	Critères pour l'expulsion	Indicateur	Cotation
79.	La tenue de l'opérateur comporte : blouse ou tablier, masque, gants stériles	- Observation	
80.	Les ciseaux de section de cordon sont différents des ciseaux de l'épisiotomie	- Observation	
Ordre	Critères pour la réfection de l'épisiotomie	Indicateur	Cotation
81.	L'opérateur change de tenue pour revêtir une tenue chirurgicale : casaque stérile et gants stériles	- Observation	
82.	Un conteneur est placé à portée immédiate des mains de l'opérateur	- Observation	
Ordre	Critères pour la pose de forceps	Indicateur	Cotation
83.	La préparation du périnée est formalisée	- Procédure écrite - Observation	
84.	La tenue de l'opérateur comporte : blouse ou tablier, masque, gants stériles	- Procédure écrite - Observation	
85.	Le forceps ou les ventouses sont stériles et le contrôle de péremption est effectué	- Observation	
86.	Après utilisation, les forceps (ou les ventouses) sont immergés	- Observation	

	dans une solution de pré-désinfection		
Ordre	Critères pour la délivrance artificielle et la révision utérine	Indicateur	Cotation
87.	La préparation du périnée est formalisée	- Procédure écrite	
88.	L'hygiène des mains de l'opérateur consiste à un lavage des mains ou une désinfection des mains, de type chirurgical	- Procédure écrite - Observation	
89.	La tenue de l'opérateur est de type chirurgical : casaque stérile, masque et gants stériles	- Observation	
Ordre	Critères pour la césarienne en urgence	Indicateur	Cotation
90.	La préparation de l'opérée pour la chirurgie non programmée est formalisée	- Observation - Fiche de liaison	
91.	La déterision est effectuée au niveau de la zone opératoire avant l'application de l'antiseptique (dans les limites de l'urgence)	- Observation	
92.	Une tondeuse est utilisée	- Observation	
Ordre	Critères pour la césarienne programmée	Indicateur	Cotation
93.	La préparation de l'opérée est formalisée	- Observation - Fiche de liaison	
94.	La déterision est effectuée au niveau de la zone opératoire avant l'application de l'antiseptique	- Observation	
95.	Une tondeuse est utilisée	- Observation	
Ordre	Critères pour les soins du périnée post-partum	Indicateur	Cotation
96.	Les soins de périnée sont formalisés	- Procédure écrite - Dossier de soins	
97.	Les matériels et produits sont à patiente unique	- Observation	
98.	L'information destinée aux femmes concerne les précautions à prendre : hygiène des mains, hygiène corporelle, changement et utilisation de vêtements et de lingerie propres.	- Plaquette d'information	
Ordre	Critères pour la cicatrice de césarienne	Indicateur	Cotation
99.	La réfection du pansement est intégrée à la procédure de surveillance des patientes césarisées	- Procédure - Dossier de soin - Observation	
Ordre	Critères pour les examens échographiques	Indicateur	Cotation
100.	Les caractéristiques de la sonde sont connues vis-à-vis de sa tolérance aux produits de désinfection et des modalités d'immersion	- Procédure écrite	
101.	Les procédures de traitement des dispositifs d'échographie sont formalisées	- Procédure écrite	
102.	La répartition des tâches entre les différents intervenants (médicaux et paramédicaux) est formalisée	- Procédure écrite - Descriptif de tâches - Fiches de poste	
103.	Une traçabilité pour le traitement des DM d'échographie est organisée	- Procédure écrite	
104.	Le gel échographique est changé tous les jours pour les échographies sans effraction	- Procédure écrite - Observation	
105.	L'utilisation du gel échographique stérile pour les échographies avec geste invasif est formalisée	- Procédure écrite	
Ordre	Critères pour les consultations	Indicateur	Cotation
106.	Les précautions pour l'examen gynécologique comportent l'hygiène des mains et le port de gants non stériles	- Procédure écrite - Observation	
107.	Tout dispositif médical stérile réutilisable est conditionné en emballage individuel, y compris les spéculums stériles réutilisables	- Procédure écrite - Observation	
108.	Les spatules non stériles sont conditionnées en emballage individuel	- Procédure écrite - Observation	
109.	Le nettoyage des DM est organisé	- Procédure écrite - Observation	
110.	Le nettoyage des locaux de consultations est intégré dans l'organisation définie pour tous les locaux de la maternité	- Procédure écrite - Observation	

111.	Le nettoyage de la salle est défini entre chaque patiente, et à la fin de la journée	- Procédure écrite - Observation	
112.	Les procédures des prélèvements comportent l'utilisation de gants	- Procédure écrite - Observation	
113.	Les procédures de prélèvements sanguins sont formalisées	- Procédure écrite - Observation	
Ordre	Critères pour les soins aux nouveau-nés en salle de naissance	Indicateur	Cotation
	<ul style="list-style-type: none"> • Soins de cordon en salle de naissance 		
114.	Les soins au nouveau-né en salle de naissance sont formalisés	- Procédure écrite	
115.	Une hygiène des mains est pratiquée avant de toucher le cordon	- Observation	
116.	Un temps de détersion est pratiqué sur le cordon avant d'appliquer l'antiseptique	- Observation	
117.	L'antiseptique est appliqué sur le pourtour du cordon au niveau de la section prévue	- Observation	
118.	Des ciseaux stériles sont utilisés pour couper le cordon	- Observation	
	<ul style="list-style-type: none"> • Toilette du nouveau-né en salle de naissance 		
119.	Une hygiène des mains est pratiquée avant de mettre le collyre	- Observation	
Ordre	Critères pour les couveuses	Indicateur	Cotation
120.	Les procédures de nettoyage et de désinfection des couveuses sont formalisées	- Procédure écrite	
121.	L'eau des bacs des couveuses est stérile	- Observation	
122.	Une traçabilité des procédures est réalisée	- Procédure écrite - Observation	
123.	Au retour des ateliers lors des opérations de maintenance, et après un délai de non-usage (à fixer), une procédure complète de nettoyage et désinfection est réalisée	- Procédure écrite - Observation	
124.	Le local des couveuses non utilisées est réservé à cet usage	- Procédure écrite - Observation	
Ordre	Critères pour la table de réanimation du nouveau-né	Indicateur	Cotation
125.	Les procédures de nettoyage et de désinfection des tables de réanimation du nouveau-né sont formalisées	- Procédure écrite	
126.	Une traçabilité des procédures est réalisée	- Observation	
127.	La sonde d'aspiration et le raccord sonde-tuyau sont à usage unique et jetables	- Observation	
128.	Les tuyaux d'aspiration sont changés entre chaque nouveau-né	- Observation	
Ordre	Critères dans les heures qui suivent la naissance	Indicateur	Cotation
129.	Les soins au nouveau-né en salle de naissance sont formalisés	- Procédure écrite	
130.	Une hygiène des mains est pratiquée avant le soin	- Observation	
Ordre	Critères pour les soins aux nouveau-nés en nursery	Indicateur	Cotation
131.	Les soins au nouveau-né dans les jours suivant la naissance sont formalisés	- Procédure écrite	
132.	Une hygiène des mains est pratiquée avant le soin	- Observation	
133.	Les procédures de nettoyage et de désinfection des surfaces et des baignoires du nouveau-né sont formalisées	- Procédure écrite	
Ordre	Critères pour les matériels de soins au nouveau-né	Indicateur	Cotation
134.	Les procédures appliquées aux matériels destinés aux nouveau-nés sont formalisées	- Procédure écrite	
Ordre	Critères pour les prélèvements aux nouveau-nés	Indicateur	Cotation
135.	Les procédures de prélèvements et de poses de voies veineuses sont formalisées	- Procédure écrite	
136.	Un temps de détersion est prévu pour les prélèvements et les poses de voies veineuses.	- Observation	

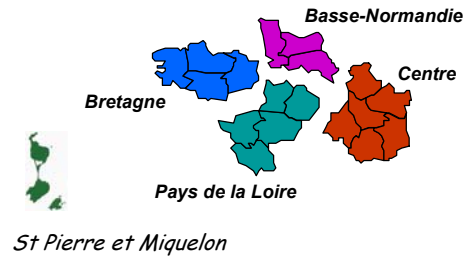
137.	Une traçabilité des prélèvements est assurée	- Document	
Ordre	Critères pour l'alimentation du nouveau-né	Indicateur	Cotation
138.	Les biberons sont soit préremplis à usage unique, soit autoclavés et sous sachet	- Observation	
139.	Les procédures d'utilisation du tire-lait sont formalisées et portées à la connaissance des professionnels et des mères qui l'utilisent	- Procédure écrite	
140.	La conservation du lait maternel et des préparations pour nourrissons est formalisée	- Procédure écrite	
141.	Les conditions de conservation du lait maternel et des préparations pour nourrissons sont évaluées	- Observation, audit	
142.	La biberonnerie pour la préparation de biberons pour les nouveau-nés répond aux exigences de l'Arrêté du 29 septembre 1997	- Observation, audit - Procédure écrite	
143.	Alimentation du nouveau-né par sonde : la fréquence de changement de la tubulure et des seringues destinées à l'alimentation entérale est définie.	- Procédure écrite	
Ordre	Critères pour sols et surfaces en contact avec le nouveau-né	Indicateur	Cotation
144.	Il existe des procédures écrites pour le nettoyage et la désinfection des sols et des surfaces en contact avec le nouveau-né	- Procédure écrite	
Ordre	Critères pour les cas de maladies transmissibles	Indicateur	Cotation
145.	Les procédures en cas de maladies cutanées transmissibles, de Strepto A chez la mère, de gastro-entérite chez le nouveau-né, ou d'herpès chez la mère sont formalisées	- Procédure écrite	
Ordre	Critères pour les résultats	Indicateur	Cotation
146.	L'existence de cas groupés ou d'épidémies d'infections nosocomiales peut être repérée	- Procédure écrite	
147.	Toute infection nosocomiale est signalée à une personne désignée au sein de la maternité	- Document	
148.	La procédure pour les signalements internes et externes dans l'établissement auprès du praticien responsable est organisée	- Audit de connaissance	
149.	Des actions correctives en cas d'infection nosocomiale grave (ex. infection à Strepto A) sont organisées	- Procédure écrite - Observation	
150.	Une surveillance des infections nosocomiales est organisée chaque année selon une période définie	- Document	
151.	La méthode de surveillance en incidence du RAISIN et des C.CLIN est utilisée	- Document	
152.	En l'absence d'enquête d'incidence, une enquête de prévalence, un jour donné, est organisée tous les ans	- Document	
153.	Si les taux d'incidence ou de prévalence sont significativement plus élevés que la moyenne nationale ou régionale, des études épidémiologiques et des audits sont organisés, et des actions correctives sont mises en place	- Document	
Ordre	Critères pour la formation des personnels	Indicateur	Cotation
154.	Un programme de formation/information existe pour tout personnel nouveau intégré à la maternité : - médical (dont internes, étudiants, vacataires...) - non médical	- Document - Plan de formation	
155.	Une formation continue est organisée pour la mise à jour des connaissances (hygiène, qualité, spécialité)	- Document - Plan de formation	
156.	Les programmes de formations sont élaborés sur la base de l'identification périodique des besoins du service	- Document	
157.	Des réunions de services sont organisées pour favoriser l'information et l'amélioration des organisations	- Preuve écrite - Compte rendu	

158.	Les circuits de diffusion des informations sont définis	- Document	
159.	Les formations réalisées font l'objet d'une évaluation immédiate et différée	- Document	
Ordre	Critères pour l'organisation des responsabilités	Indicateur	Cotation
160.	Un organigramme hiérarchique ou fonctionnel est formalisé	- Document	
161.	La permanence des compétences est organisée	- Document	
162.	Une structure de management est identifiée et opérationnelle au sein de la maternité N.B. : La structure de management désigne l'entité favorisant la régulation entre les différentes fonctions présentes au sein de la maternité.	- Document	
163.	Un règlement définit le fonctionnement de la maternité, en particulier pour la prévention du risque infectieux	- Charte du bloc	
164.	Les responsabilités sont définies en matière de prévention du risque infectieux	- Document	
165.	Les définitions de fonctions sont écrites	- Document	
166.	Les fiches de postes sont écrites pour chaque poste de travail	- Document	
167.	Les pratiques occasionnelles, susceptibles de générer un risque pour les personnes et/ou les équipements, sont identifiées et maîtrisées	- Document	
168.	Les modalités d'élaboration et de diffusion du programme opératoire sont définies	- Charte du bloc	
169.	Les affectations du personnel selon l'organisation des lieux sont anticipées en fonction des besoins	- Document	

=====



Centre de Coordination de la Lutte
contre les Infections Nosocomiales
(inter région OUEST)



Hygiène en maternité

Grilles d'auto-évaluation



Deuxième version 2005

Document validé en Conseil Scientifique du 7 septembre 2004

Grilles d'auto-évaluation à remplir avec la cotation

Ordre	Critères pour les secteurs de maternité	Indicateur	Cotation
1.	Une formalisation des fonctions des salles et des circulations est effectuée	- Charte de la maternité - Procédure écrite - Signalétique	
2.	Un traitement d'air existe dans les salles d'accouchement, et les salles pour les nouveau-nés	- Observation - Procédure d'entretien	
3.	La salle de diagnostic prénatal et d'amniocentèse est adaptée à cette activité	- Procédure écrite - Observation - Signalétique	

Ordre	Critères pour les niveaux de soins	Indicateur	Cotation
4.	Les actes de soins sont formalisés et classés en fonction de leur niveau de risque	- Protocoles (procédures) datés, signés, validés selon une démarche-qualité	

Ordre	Critères pour la tenue vestimentaire	Indicateur	Cotation
	• Consultations, hospitalisation		
5.	Les professionnels ont une tenue avec tunique-pantalon avec manches courtes, ou une blouse sous certaines conditions	- Observation - Dotation par personne	
6.	Les mains et poignets sont libres de bijoux et montres	- Observation	
	• Bloc obstétrical		
7.	Pour les actes à haut risque, une tenue stérile est revêtue avec masque, coiffe, casaque et gants stériles	- Procédure écrite - Observation - Gestion des stocks	
8.	Pour les actes à risque intermédiaire, une blouse ou un tablier est revêtue sur la tenue habituelle	- Procédure écrite - Observation	
9.	Les vêtements jetables sont disposés après usage dans les contenants adéquats	- Procédure écrite - Observation	
10.	Les accompagnants revêtent une blouse en entrée de bloc obstétrical	- Procédure écrite - Observation	
	• Bloc opératoire		
11.	Les professionnels revêtent une tenue spécifique lors de l'entrée au bloc opératoire	- Procédure écrite - Observation	
12.	Les accompagnants revêtent une tenue spécifique lors de l'entrée au bloc opératoire	- Procédure écrite - Observation	

Ordre	Critères pour l'hygiène des mains	Indicateur	Cotation
	<ul style="list-style-type: none"> • Ressources 		
13.	Les ressources pour le lavage des mains existent à proximité, dans tous les secteurs et selon les exigences : savon liquide (simple ou antiseptique), papier essuie-mains, poubelle sans contact manuel	- Observation - Dotation (consommables)	
14.	Les ressources pour le traitement des mains par friction existent dans tous les secteurs :flacons en grand format ou petit format	- Observation	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Opportunités, pratiques 		
15.	Une formalisation des procédures d'hygiène des mains est effectuée	- Procédure écrite	
16.	Une quantification des volumes des produits d'hygiène des mains est effectuée chaque année en fonction du nombre de journées ou selon le nombre de naissances	- Observation annuelle - Gestion des stocks	
17.	Des audits d'opportunités sont organisés	- Fréquence - Questionnaire - Résultats	
18.	Des audits ciblés sur les pratiques à risque sont organisés	- Fréquence - Questionnaire - Résultats	

Ordre	Critères pour les précautions standard	Indicateur	Cotation
19.	Les précautions standard sont formalisées	- Procédure écrite	
20.	Des audits de pratiques des précautions standard sont effectués régulièrement	- Observation	
21.	Le masque avec visière ou lunettes de protection est porté au moment de l'expulsion et de la réfection de l'épisiotomie	- Procédure écrite - Observation	
22.	Les gants non stériles sont portés en salle de naissance par l'ensemble des personnes en contact avec le nouveau-né	- Procédure écrite - Observation	

Ordre	Critères pour les précautions particulières	Indicateur	Cotation
23.	Les situations où une maladie contagieuse est diagnostiquée chez la mère et/ou l'enfant sont listées	- Procédure écrite	
24.	Les procédures d'isolement septique (précautions contact, respiratoire gouttelette ou air) sont organisées en cas d'infections transmissibles ou contagieuses	- Procédure écrite	
25.	Des précautions particulières sont prévues en cas de varicelle maternelle ou néonatale	- Procédure écrite	
26.	En cas d'infection puerpérale à Streptocoque A, l'isolement géographique et l'application des précautions particulières de type « contact » sont prévus	- Procédure écrite	

Ordre	Critères pour les dispositifs médicaux	Indicateur	Cotation
27.	Les procédures de prise en charge des dispositifs médicaux sont formalisées	- Procédure écrite	
28.	Les professionnels chargés des procédures de prise en charge des DM sont formés et leurs connaissances sont actualisées.	- Procédure écrite - Traçabilité	
29.	La traçabilité des opérations de prise en charge est organisée	- Observation	
	<ul style="list-style-type: none"> • DM à usage unique 		
30.	L'usage unique n'est pas réutilisé	- Observation - Gestion des stocks/activité	
31.	L'usage unique est utilisé lorsque ces DM existent, en remplacement des DM réutilisables	- Observation - Liste des DM UU	
	<ul style="list-style-type: none"> • DM réutilisables 		
32.	Un local est réservé à la prise en charge immédiate des DM réutilisables	- Observation	
33.	Une procédure de nettoyage des DM réutilisables existe	- Procédure écrite	
34.	Les dispositifs réutilisables sont immergés dans une solution immédiatement après leur utilisation	- Observation	
	<ul style="list-style-type: none"> • DM avec désinfection de haut niveau 		
35.	Une procédure de désinfection des DM réutilisables existe	- Procédure écrite	
36.	Les produits, les temps d'immersion, le rinçage final sont respectés	- Observation	
37.	Les DM désinfectés subissent un nouveau cycle avant toute utilisation après 12 heures de stockage	- Observation	
	<ul style="list-style-type: none"> • DM avec stérilisation 		
38.	Une procédure de stérilisation des DM réutilisables existe	- Procédure écrite	
39.	Tout ce qui est auto-clavable est autoclavé	- Observation	
40.	Le stockage des DM en sachets stériles est organisé : local réservé, dates de péremption, modalités de sortie et d'entrée	- Procédure - Observation	

Ordre	Critères pour les AES	Indicateur	Cotation
41.	Les gestes à risques de piqûre ou projections sont listés et font l'objet de procédures de protection	- Procédure écrite - Observation	
42.	Une procédure existe en cas d'AES	- Procédure écrite	
43.	La conduite à tenir en cas d'AES est connue des soignants	- Observation - Affiche d'information	
44.	Un relevé des AES est réalisé dans tous les secteurs	- Procédure écrite - Bilan annuel	
45.	Les matériels de sécurité et de protection sont mis à disposition : collecteurs d'objets coupants tranchants, gants, lunettes de protection masque, ou masque muni de visière, DM sécurisés	- Observation	
46.	Le risque AES et sa prévention font l'objet d'une information des personnels en place, des nouveaux arrivants et des étudiants	- Plan de formation - Modalités d'accueil des nouveaux arrivants	

Ordre	Critères des antiseptiques	Indicateur	Cotation
47.	Les antiseptiques à utiliser et leurs indications sont formalisés pour la mère et le nouveau-né	- Procédure écrite	
48.	Les produits iodés ne sont pas utilisés chez le nouveau-né	- Observation	
49.	Les produits aux propriétés non antiseptiques comme l'éosine ne sont pas utilisés comme antiseptiques	- Observation - Protocole de soins - Fiches produits	
50.	Les dates de péremption des antiseptiques en flacon fermé ne sont pas dépassées	- Observation - Gestion des stocks	
51.	Les délais d'ouverture des flacons ouverts correspondent aux recommandations du CLIN et du pharmacien	- Procédure écrite - Observation	
52.	Les flacons d'antiseptiques sont fermés après usage	- Observation	

Ordre	Critères des déchets d'activités de soins	Indicateur	Cotation
53.	L'élimination des DAS est organisée par catégorie	- Procédures écrites	
54.	Les filières d'élimination des DAS sont connues des personnels, des étudiants et des nouveaux arrivants	- Affiche, plan formation - Document d'accueil des nouveaux arrivants	
55.	Les contenants sont adaptés et distincts pour chaque catégorie de DAS	- Observation - Affiches de tri	
56.	Les délais d'élimination sont respectés	- Observation	
57.	L'emplacement des contenants dans chaque lieu de soins permet le tri sélectif dès la production des déchets (sans intermédiaire)	- Observation - Audits de pratiques	
58.	La filière des déchets anatomiques (placentas ou fœtus) est formalisée	- Procédure écrite	
59.	L'utilisation des collecteurs pour objets piquants et tranchants est définie	- Observation	

Ordre	Critères pour les locaux	Indicateur	Cotation
	<ul style="list-style-type: none"> • Ressources, organisation 		
60.	Une formalisation des procédures d'hygiène des locaux est effectuée	- Procédure écrite	
61.	La formation des personnels pour le nettoyage des locaux est organisée	- Plan de formation	
62.	La planification du nettoyage pour tous les locaux est définie	- Plan - Fiche de postes	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Opportunités, pratiques 		
63.	Les matériels, produits et consommables sont mis à disposition	- Observation	
64.	Des audits d'opportunités et de pratiques d'hygiène des locaux sont organisés	- Procédure écrite - Fréquence - Résultats d'audits	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bloc opératoire 		
65.	Les prélèvements microbiologiques au bloc opératoire sont organisés (modalités de contrôle: méthode, lieu, nature, fréquence)	- Mode opératoire - personnel habilités - Résultats - Plan d'action corrective	

Ordre	Critères pour la pose de péridurale	Indicateur	Cotation
66.	La procédure d'anesthésie péridurale est formalisée	- Procédure écrite	
67.	La préparation cutanée de la zone lombaire consiste en une antiseptie en 5 temps : déterision, rinçage, séchage et désinfection avec séchage avant le geste	- Observation	
68.	La tenue chirurgicale de l'opérateur comporte : coiffe, masque, hygiène des mains, casaque stérile, et gants stériles	- Observation	
69.	Lors des réinjections, les précautions concernent : la pratique d'hygiène des mains et la désinfection du site d'injection avec des compresses stériles	- Observation	
70.	Un pansement stérile est appliqué en fin de pose	- Observation	

Ordre	Critères pour la préparation du périnée en salle d'accouchement	Indicateur	Cotation
71.	La préparation du périnée est formalisée pour le temps qui précède l'accouchement	- procédure écrite	
72.	La préparation du périnée comprend : le port de gants non stériles, l'utilisation de savon antiseptique dilué et l'utilisation de ciseaux pour l'ébarbage ou d'une tondeuse	- Procédure écrite - Observation	

Ordre	Critères pour une rupture provoquée de la poche des eaux	Indicateur	Cotation
73.	La préparation du périnée est formalisée en cas de rupture provoquée de la poche des eaux	- Procédure écrite - Observation	
74.	L'hygiène des mains et port gants stériles sont réalisés avant la manipulation de l'amniotome	- Procédure écrite - Observation	
75.	L'amniotome est à usage unique	- Observation	
76.	Les compresses et l'amniotome sont jetés avec les DASRI	- Observation	

Ordre	Critères pour les manœuvres endo-utérines	Indicateur	Cotation
77.	La préparation du périnée est formalisée en cas de manœuvres endo-utérines	- Procédure écrite - Observation	
78.	Les gants non stériles sont remplacés par des gants à usage unique stériles pour la réalisation de l'acte proprement dit		

Ordre	Critères pour l'expulsion	Indicateur	Cotation
79.	La tenue de l'opérateur comporte : blouse ou tablier, masque, gants stériles	- Observation	
80.	Les ciseaux de section de cordon sont différents des ciseaux de l'épisiotomie	- Observation	

Ordre	Critères pour la réfection de l'épisiotomie	Indicateur	Cotation
81.	L'opérateur change de tenue pour revêtir une tenue chirurgicale : casaque stérile et gants stériles	- Observation	
82.	Un conteneur est placé à portée immédiate des mains de l'opérateur	- Observation	

Ordre	Critères pour la pose de forceps	Indicateur	Cotation
83.	La préparation du périnée est formalisée	- Procédure écrite - Observation	
84.	La tenue de l'opérateur comporte : blouse ou tablier, masque, gants stériles	- Procédure écrite - Observation	
85.	Le forceps ou les ventouses sont stériles et le contrôle de péremption est effectué	- Observation	
86.	Après utilisation, les forceps (ou les ventouses) sont immergés dans une solution de pré-désinfection	- Observation	

Ordre	Critères pour la délivrance artificielle et la révision utérine	Indicateur	Cotation
87.	La préparation du périnée est formalisée	- Procédure écrite	
88.	L'hygiène des mains de l'opérateur consiste à un lavage des mains ou une désinfection des mains, de type chirurgical	- Procédure écrite - Observation	
89.	La tenue de l'opérateur est de type chirurgical : casaque stérile, masque et gants stériles	- Observation	

Ordre	Critères pour la césarienne en urgence	Indicateur	Cotation
90.	La préparation de l'opérée pour la chirurgie non programmée est formalisée	- Observation - Fiche de liaison	
91.	La déterision est effectuée au niveau de la zone opératoire avant l'application de l'antiseptique (dans les limites de l'urgence)	- Observation	
92.	Une tondeuse est utilisée	- Observation	

Ordre	Critères pour la césarienne programmée	Indicateur	Cotation
93.	La préparation de l'opérée est formalisée	- Observation - Fiche de liaison	
94.	La déterision est effectuée au niveau de la zone opératoire avant l'application de l'antiseptique	- Observation	
95.	Une tondeuse est utilisée	- Observation	

Ordre	Critères pour les soins du périnée post-partum	Indicateur	Cotation
96.	Les soins de périnée sont formalisés	- Procédure écrite - Dossier de soins	
97.	Les matériels et produits sont à patiente unique	- Observation	
98.	L'information destinée aux femmes concerne les précautions à prendre : hygiène des mains, hygiène corporelle, changement et utilisation de vêtements et de lingerie propres.	- Plaquette d'information	

Ordre	Critères pour la cicatrice de césarienne	Indicateur	Cotation
99.	La réfection du pansement est intégrée à la procédure de surveillance des patientes césarisées	- Procédure - Dossier de soin - Observation	

Ordre	Critères pour les examens échographiques	Indicateur	Cotation
100.	Les caractéristiques de la sonde sont connues vis-à-vis de sa tolérance aux produits de désinfection et des modalités d'immersion	- Procédure écrite	
101.	Les procédures de traitement des dispositifs d'échographie sont formalisées	- Procédure écrite	
102.	La répartition des tâches entre les différents intervenants (médicaux et paramédicaux) est formalisée	- Procédure écrite - Descriptif de tâches - Fiches de poste	
103.	Une traçabilité pour le traitement des DM d'échographie est organisée	- Procédure écrite	
104.	Le gel échographique est changé tous les jours pour les échographies sans effraction	- Procédure écrite - Observation	
105.	L'utilisation du gel échographique stérile pour les échographies avec geste invasif est formalisée	- Procédure écrite	

Ordre	Critères pour les consultations	Indicateur	Cotation
106.	Les précautions pour l'examen gynécologique comportent l'hygiène des mains et le port de gants non stériles	- Procédure écrite - Observation	
107.	Tout dispositif médical stérile réutilisable est conditionné en emballage individuel, y compris les spéculums stériles réutilisables	- Procédure écrite - Observation	
108.	Les spatules non stériles sont conditionnées en emballage individuel	- Procédure écrite - Observation	
109.	Le nettoyage des DM est organisé	- Procédure écrite - Observation	
110.	Le nettoyage des locaux de consultations est intégré dans l'organisation définie pour tous les locaux de la maternité	- Procédure écrite - Observation	
111.	Le nettoyage de la salle est défini entre chaque patiente, et à la fin de la journée	- Procédure écrite - Observation	
112.	Les procédures des prélèvements comportent l'utilisation de gants	- Procédure écrite - Observation	
113.	Les procédures de prélèvements sanguins sont formalisées	- Procédure écrite - Observation	

Ordre	Critères pour les soins aux nouveau-nés en salle de naissance	Indicateur	Cotation
	<ul style="list-style-type: none"> Soins de cordon en salle de naissance 		
114.	Les soins au nouveau-né en salle de naissance sont formalisés	- Procédure écrite	
115.	Une hygiène des mains est pratiquée avant de toucher le cordon	- Observation	
116.	Un temps de déterSION est pratiqué sur le cordon avant d'appliquer l'antiseptique	- Observation	
117.	L'antiseptique est appliqué sur le pourtour du cordon au niveau de la section prévue	- Observation	
118.	Des ciseaux stériles sont utilisés pour couper le cordon	- Observation	
	<ul style="list-style-type: none"> Toilette du nouveau-né en salle de naissance 		
119.	Une hygiène des mains est pratiquée avant de mettre le collyre	- Observation	

Ordre	Critères pour les couveuses	Indicateur	Cotation
120.	Les procédures de nettoyage et de désinfection des couveuses sont formalisées	- Procédure écrite	
121.	L'eau des bacs des couveuses est stérile	- Observation	
122.	Une traçabilité des procédures est réalisée	- Procédure écrite - Observation	
123.	Au retour des ateliers lors des opérations de maintenance, et après un délai de non-usage (à fixer), une procédure complète de nettoyage et désinfection est réalisée	- Procédure écrite - Observation	
124.	Le local des couveuses non utilisées est réservé à cet usage	- Procédure écrite - Observation	

Ordre	Critères pour la table de réanimation du nouveau-né	Indicateur	Cotation
125.	Les procédures de nettoyage et de désinfection des tables de réanimation du nouveau-né sont formalisées	- Procédure écrite	
126.	Une traçabilité des procédures est réalisée	- Observation	
127.	La sonde d'aspiration et le raccord sonde-tuyau sont à usage unique et jetables	- Observation	
128.	Les tuyaux d'aspiration sont changés entre chaque nouveau-né	- Observation	

Ordre	Critères dans les heures qui suivent la naissance	Indicateur	Cotation
129.	Les soins au nouveau-né en salle de naissance sont formalisés	- Procédure écrite	
130.	Une hygiène des mains est pratiquée avant le soin	- Observation	

Ordre	Critères pour les soins aux nouveau-nés en nursery	Indicateur	Cotation
131.	Les soins au nouveau-né dans les jours suivant la naissance sont formalisés	- Procédure écrite	
132.	Une hygiène des mains est pratiquée avant le soin	- Observation	
133.	Les procédures de nettoyage et de désinfection des surfaces et des baignoires du nouveau-né sont formalisées	- Procédure écrite	

Ordre	Critères pour les matériels de soins au nouveau-né	Indicateur	Cotation
134.	Les procédures appliquées aux matériels destinés aux nouveau-nés sont formalisées	- Procédure écrite	

Ordre	Critères pour les prélèvements aux nouveau-nés	Indicateur	Cotation
135.	Les procédures de prélèvements et de poses de voies veineuses sont formalisées	- Procédure écrite	
136.	Un temps de déterision est prévu pour les prélèvements et les poses de voies veineuses.	- Observation	
137.	Une traçabilité des prélèvements est assurée	- Document	

Ordre	Critères pour l'alimentation du nouveau-né	Indicateur	Cotation
138.	Les biberons sont soit préremplis à usage unique, soit autoclavés et sous sachet	- Observation	
139.	Les procédures d'utilisation du tire-lait sont formalisées et portées à la connaissance des professionnels et des mères qui l'utilisent	- Procédure écrite	
140.	La conservation du lait maternel et des préparations pour nourrissons est formalisée	- Procédure écrite	
141.	Les conditions de conservation du lait maternel et des préparations pour nourrissons sont évaluées	- Observation, audit	
142.	La biberonnerie pour la préparation de biberons pour les nouveau-nés répond aux exigences de l'Arrêté du 29 septembre 1997	- Observation, audit - Procédure écrite	
143.	Alimentation du nouveau-né par sonde : la fréquence de changement de la tubulure et des seringues destinées à l'alimentation entérale est définie.	- Procédure écrite	

Ordre	Critères pour sols et surfaces en contact avec le nouveau-né	Indicateur	Cotation
144.	Il existe des procédures écrites pour le nettoyage et la désinfection des sols et des surfaces en contact avec le nouveau-né	- Procédure écrite	

Ordre	Critères pour les cas de maladies transmissibles	Indicateur	Cotation
145.	Les procédures en cas de maladies cutanées transmissibles, de Strepto A chez la mère, de gastro-entérite chez le nouveau-né, ou d'herpès chez la mère sont formalisées	- Procédure écrite	

Ordre	Critères pour les résultats	Indicateur	Cotation
146.	L'existence de cas groupés ou d'épidémies d'infections nosocomiales peut être repérée	- Procédure écrite	
147.	Toute infection nosocomiale est signalée à une personne désignée au sein de la maternité	- Document	
148.	La procédure pour les signalements internes et externes dans l'établissement auprès du praticien responsable est organisée	- Audit de connaissance	
149.	Des actions correctives en cas d'infection nosocomiale grave (ex. infection à Strepto A) sont organisées	- Procédure écrite - Observation	
150.	Une surveillance des infections nosocomiales est organisée chaque année selon une période définie	- Document	
151.	La méthode de surveillance en incidence du RAISIN et des C.CLIN est utilisée	- Document	
152.	En l'absence d'enquête d'incidence, une enquête de prévalence, un jour donné, est organisée tous les ans	- Document	
153.	Si les taux d'incidence ou de prévalence sont significativement plus élevés que la moyenne nationale ou régionale, des études épidémiologiques et des audits sont organisés, et des actions correctives sont mises en place	- Document	

Ordre	Critères pour la formation des personnels	Indicateur	Cotation
154.	Un programme de formation/information existe pour tout personnel nouveau intégré à la maternité : - médical (dont internes, étudiants, vacataires...) - non médical	- Document - Plan de formation	
155.	Une formation continue est organisée pour la mise à jour des connaissances (hygiène, qualité, spécialité)	- Document - Plan de formation	
156.	Les programmes de formations sont élaborés sur la base de l'identification périodique des besoins du service	- Document	
157.	Des réunions de services sont organisées pour favoriser l'information et l'amélioration des organisations	- Preuve écrite - Compte rendu	
158.	Les circuits de diffusion des informations sont définis	- Document	
159.	Les formations réalisées font l'objet d'une évaluation immédiate et différée	- Document	

Ordre	Critères pour l'organisation des responsabilités	Indicateur	Cotation
160.	Un organigramme hiérarchique ou fonctionnel est formalisé	- Document	
161.	La permanence des compétences est organisée	- Document	
162.	Une structure de management est identifiée et opérationnelle au sein de la maternité N.B. : La structure de management désigne l'entité favorisant la régulation entre les différentes fonctions présentes au sein de la maternité.	- Document	
163.	Un règlement définit le fonctionnement de la maternité, en particulier pour la prévention du risque infectieux	- Charte du bloc	
164.	Les responsabilités sont définies en matière de prévention du risque infectieux	- Document	
165.	Les définitions de fonctions sont écrites	- Document	
166.	Les fiches de postes sont écrites pour chaque poste de travail	- Document	
167.	Les pratiques occasionnelles, susceptibles de générer un risque pour les personnes et/ou les équipements, sont identifiées et maîtrisées	- Document	
168.	Les modalités d'élaboration et de diffusion du programme opératoire sont définies	- Charte du bloc	
169.	Les affectations du personnel selon l'organisation des lieux sont anticipées en fonction des besoins	- Document	

=====