

2017-2018

Diplôme d'état de sage-femme.

# **Evaluation des pratiques du sondage urinaire intermittent en salles de naissance par les sages-femmes de la maternité du CHU d'Angers.**

**Evaluation par auto-questionnaires anonymes. Etude réalisée du 28 Août au 10 Septembre, du 9 au 29 Octobre et du 16 Novembre au 8 Décembre 2017.**

**Cassandra SAULEAU** ■

Sous la direction de M. Clément Legeay ■  
Pharmacien de l'UPLIN

**L'auteur du présent document vous autorise à le partager, reproduire, distribuer et communiquer selon les conditions suivantes :**

Vous devez le citer en l'attribuant de la manière indiquée par l'auteur (mais pas d'une manière qui suggérerait qu'il approuve votre utilisation de l'œuvre).

Vous n'avez pas le droit d'utiliser ce document à des fins commerciales.

Vous n'avez pas le droit de le modifier, de le transformer ou de l'adapter.

**Consulter la licence creative commons complète en français :**  
**<http://creativecommons.org/licences/by-nc-nd/2.0/fr>**

Ces conditions d'utilisation (attribution, pas d'utilisation commerciale, pas de modification) sont symbolisées par les icônes positionnées en pied de page.



# REMERCIEMENTS

**A Mr. Clément Legeay,**

Pour son aide précieuse, ses conseils avisés, sa disponibilité et l'intérêt porté à ce projet.

**A toutes les sages-femmes de la maternité du CHU d'Angers,**

Pour leur temps consacré à répondre à ces questionnaires et leurs réponses indispensables au bon déroulement de cette étude.

**Aux sages-femmes cadres,**

Pour leur aide qui m'a été proposée. Notamment à Mme. Sylvie Boudier pour sa participation dans la mise en place de mon étude, ainsi qu'à Mme. Martine Hérault pour sa disponibilité.

**A l'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes d'Angers,**

Pour leur accompagnement, et leur écoute pendant ces 4 années d'étude.

**A ma mère, ma sœur et mes frères,**

Pour leur soutien, leur investissement, et leur tolérance face aux (très nombreux) moments de stress.

**A mes camarades de promotion, tout particulièrement Tiphaine, Vigdis, Mégane, Lucie, Margaux,**

Pour leur présence, toutes les soirées, et les fous rires qui ont rendu ces études mémorables.

**A Clément,**

Pour sa présence, son soutien au quotidien et ses « T'inquiète, ça va aller ! »

## **Abréviations**

AMP : Assistance médicale à la procréation

APD : Analgésie péridurale

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLIN : Comité de lutte contre les infections nosocomiales

CNGOF : Comité National des Gynécologues-Obstétriciens de France

DAN : Diagnostic anténatal

DASRI : Déchet d'Activités de Soins à Risques Infectieux

HDD : Hémorragie de la délivrance

PEC : Prise en charge

PPI : Post-partum immédiat

SF : Sage-femme

SHA : Solution hydro alcoolique

SU : Sondage urinaire

# Table des matières

INTRODUCTION	1
MATERIEL ET METHODE	2
1. Schéma de l'étude	2
2. Critères d'inclusion et d'exclusion	2
3. Auto-questionnaire	3
3.1. Description	3
3.2. Calendrier et mode de diffusion	3
4. Enquête sur dossier	4
5. Analyse statistique	4
RESULTATS	5
1. Population recrutée (Flow chart)	5
2. Les indications de sondage	6
3. Le sondage à 2h du post-partum	6
3.1. Indications du sondage	6
4. La pratique de réalisation du sondage urinaire intermittent	8
4.1. Fréquence	8
4.2. Technique du soin	8
4.3. Durée d'un sondage	9
5. Recueil de données	10
DISCUSSION	10
1. Analyse des résultats sur la technique du sondage urinaire	10
2. Analyse des résultats sur le sondage vésical lors de la sortie de salle de naissance	11
3. Les biais et les limites	12
CONCLUSION	13
ANNEXES	14
Annexe 1 – Recommandation du CLIN sur l'hétéro sondage urinaire intermittent	14
Annexe 2 – Questionnaire pour l'évaluation des pratiques du sondage urinaire en salle de naissance au CHU d'Angers	17
BIBLIOGRAPHIE	19

## Introduction

Le sondage urinaire est un geste de soin fréquent. Toute patiente ayant une analgésie péridurale devrait bénéficier d'au moins un sondage vésical avant la phase d'expulsion de l'accouchement selon les recommandations publiées au journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction (1).

Il a été observé que 16,6% des patients exposés à un sondage urinaire intermittent développaient une infection contre 4% des non exposés. (2)

Dans le domaine de l'obstétrique, les infections urinaires représentaient 29,9% (2) des infections nosocomiales d'après l'enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissement de santé en 2012. Cette même étude montrait que 0,8% des femmes étaient victimes d'une infection nosocomiale au cours de leur hospitalisation à la maternité.

Au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Angers, le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) a établi en 2006 des recommandations de bonne pratique du sondage intermittent (Annexe 1). Ces recommandations sont encore en vigueur, notamment à la maternité du CHU.

Un sondage évacuateur en obstétrique est indiqué dans les situations suivantes :

- Lors du diagnostic d'hémorragie de la délivrance (HDD). Dans ce cas, un sondage urinaire évacuateur doit être réalisé dans les 15 à 30 min selon les recommandations du réseau sécurité naissance et une pose de sonde à demeure (SAD) doit être envisagée lors de la phase critique de cette hémorragie (3).
- Toutes les 4h si la patiente est en incapacité d'uriner spontanément (recommandations émises par le CLIN – Annexe 1).
- Lors du début des efforts expulsifs. Recommandations publiées au journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction (1).
- Lors de rétention vésicale du post-partum, c'est-à-dire, une absence de miction spontanée dans les 6 heures qui suivent l'accouchement associé à un globe vésical objectivé supérieur à 400mL (4).

Historiquement, la maternité du CHU d'Angers a connu des remaniements de service. Entre les années 1997 et 2000, le bâtiment de la maternité a été réhabilité et les services qui le composaient ont été répartis au sein de l'hôpital. Les salles de naissance (SDN) étaient au niveau de la chapelle tandis que les suites de couches (SDC) étaient aux Capucins (Distance d'environ 800 mètres). Les patientes étaient transférées dans l'unité des suites de couches par les ambulanciers. Durant l'attente de ces derniers, les nouvelles accouchées étaient placées dans une salle de transfert où les surveillances étaient espacées. Pour prévenir le risque d'hémorragie tardive du post-partum, les sages-femmes réalisaient un sondage urinaire systématique avant l'installation des patientes dans cette salle.

Depuis 2000, la maternité est regroupée au sein du même bâtiment, les salles de naissance se trouvant au rez-de-chaussée et les services de suites de couches sur le 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> étage, ces pratiques n'ont donc plus lieu de subsister.

Problématique : Quelles sont les pratiques des sages-femmes du CHU d'Angers concernant le sondage urinaire intermittent en post-partum dans le service des salles de naissance en fin d'année 2017 ?

Objectifs : Le but de ce mémoire était de connaître les pratiques des sages-femmes en salles de naissance concernant le sondage urinaire intermittent ; de savoir quelles étaient leurs indications de réalisation, et comment les sages-femmes réalisaient cet acte. Un des objectifs était également d'observer si la pratique du sondage se faisait en suivant les recommandations du CLIN.

Les objectifs secondaires étaient de connaître le taux de sages-femmes pratiquant un sondage urinaire systématique lors du bilan des 2 heures du post-partum, mais également d'estimer le temps consacré à cet acte de soin.

## Matériel et méthode

### 1. Schéma de l'étude

L'étude était une évaluation des pratiques cliniques. Elle a été menée sur trois périodes. Des auto-questionnaires anonymes étaient mis à disposition des sages-femmes dans le service des salles de naissance, dans les 3 unités de suites de couches, dans le service d'hospitalisation des grossesses pathologiques et dans le service des urgences gynécologiques-obstétricales. Afin de compléter ces données déclaratives, une analyse de dossiers en suites de couches a également été réalisée entre le 16 Novembre et le 8 Décembre 2017.

### 2. Critères d'inclusion et d'exclusion

La population source était l'ensemble des sages-femmes de la maternité du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Angers. L'ensemble des sages-femmes effectuant des gardes en salles de naissance (SDN) était la population cible. Le seul critère d'inclusion était de réaliser des gardes en SDN au CHU d'Angers. Les sages-femmes cadres n'étaient pas incluses ainsi que celles travaillant dans les services d'aide médicale à la procréation (AMP), de consultations prénatales et celles du service de diagnostic anténatal (DAN). Le seul critère d'exclusion était de cocher la case indiquant ne pas travailler en SDN. Les questionnaires incomplets ne constituaient pas un critère d'exclusion. Les réponses étaient conservées pour une analyse par question avec des effectifs variables. Une réponse de 50% de la population cible était espérée afin d'obtenir une représentativité des pratiques.

## 3. Auto-questionnaire

### 3.1. Description

Les données ont été collectées par un auto-questionnaire anonyme (Annexe 2). Ce dernier était disponible dans les différents services de suites de couches, dans les salles de naissance, dans l'unité d'hospitalisation des grossesses pathologiques ainsi que dans le service des urgences gynécologiques obstétricales. Des affiches informatives ont été accrochées dans les lieux de diffusion d'information de chaque service et dans les lieux de transmissions.

Le questionnaire (Cf Annexe 2) comportait 5 questions et était composé de 7 tableaux dont 6 à remplir en fonction de la fréquence de réalisation des gestes proposés.

La première question visait à ne pas inclure des sages-femmes qui ne réalisaient pas, ou plus, de gardes en salles de naissance.

La deuxième avait pour objectif de connaître le temps que prenaient les sages-femmes pour réaliser un sondage, de la désinfection des mains à l'élimination des déchets.

La troisième avait pour but de connaître les indications de sondage des sages-femmes, avec un tableau et une réponse libre. Cette question était semi-dirigée, les indications reconnues étaient listées, ainsi que plusieurs propositions ne figurant pas dans les recommandations, notamment l'indication « A 2 heures du post-partum ».

La quatrième permettait de connaître le matériel utilisé et la technique de réalisation du sondage urinaire intermittent.

Et enfin, la cinquième question se focalisait sur la pratique de l'hétérosondage au passage en suites de couches, sa fréquence, ainsi que les indications à sa réalisation. Elle comportait un tableau (qui présentait différentes situations : Primipare avec anesthésie péridurale (APD), primipare sans APD, multipare avec APD, multipare sans APD) et une réponse libre.

### 3.2. Calendrier et mode de diffusion

Les questionnaires étaient présentés sous format papier. La première distribution dans les services de la maternité a été réalisée du 28 Août au 10 Septembre 2017, une deuxième distribution des questionnaires a été réalisée au mois d'Octobre du 9 au 29 et une troisième du 16 Novembre au 8 Décembre 2017 afin de couvrir des périodes suffisamment larges pour éviter les absences.

En parallèle des 2 dernières distributions un mail a été envoyé à toutes les sages-femmes de la maternité afin de les prévenir de cette remise.

Un passage quotidien dans les services était réalisé pour récupérer les questionnaires complétés. Les données étaient recueillies manuellement et rassemblées sur un logiciel Open Office Tableur en 5 tableaux. Chaque questionnaire a été identifié par un numéro pour la traçabilité des réponses obtenues.

## 4. Enquête sur dossier

Parallèlement à cette étude par auto-questionnaire, un recueil de données prospectif dans les dossiers de suites de couches a été réalisé. L'objectif de ce recueil consistait à évaluer les pratiques du sondage intermittent au bilan des 2 heures du post-partum.

En 2017, il y a eu 3090 accouchements par voie basse au CHU d'Angers. Avec une marge d'erreur de 10% et un niveau de confiance à 99%, le recueil de données devait se faire sur un échantillon de 158 dossiers de patientes ayant accouché voie basse afin d'être représentatif. Les dossiers de patientes ayant accouché par césarienne ont été exclus de ce recueil de données devant un sondage systématique dans cette population. De même, 6 dossiers étaient incomplets et ont été exclus. Les dossiers de patientes ayant accouché à l'aide d'instruments ont été inclus car la prise en charge est similaire à celle d'un accouchement physiologique.

Ce recueil s'est déroulé du 16 Novembre au 8 Décembre 2017, par passage tous les 2 jours dans les services hébergeant les patientes répondant aux critères précédents.

Les variables suivantes ont été relevées : numéro de dossier, âge de la patiente, parité, analgésie péridurale, miction au bilan de sortie des salles de naissance. Nous avons également relevé le délai entre le sondage lors du bilan de sortie de SDN et la précédente miction (qu'elle soit spontanée ou artificielle, dans la mesure où elle était tracée dans le dossier) ainsi que l'indication de sondage si celle-ci était spécifiée.

## 5. Analyse statistique

L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel Open Office Tableur. Les variables quantitatives ont été analysées grâce à la moyenne, la médiane et l'écart-type. Elles ont été calculées via le site internet BiostaTGV. Les variables qualitatives ont été analysées en effectifs et en pourcentages. Les variables analysées ont été comparées par le test du Chi<sup>2</sup>. Le seuil de significativité était fixé à 0,05. Une valeur avec un  $p < 0,05$  était ainsi retenue comme statistiquement significative.

# Résultats

## 1. Population recrutée (Flow chart)

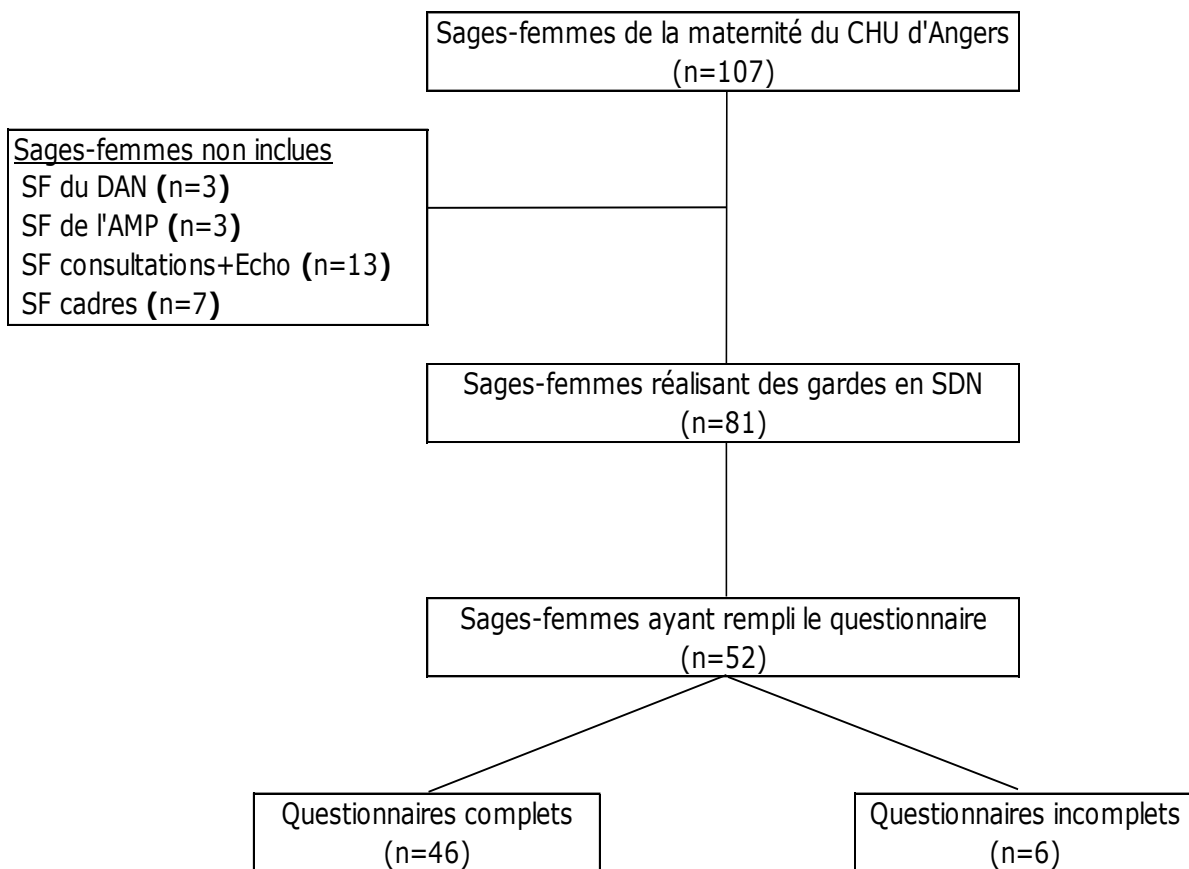


Figure 1 : Flow chart de l'étude de pratiques cliniques sur le sondage urinaire intermittent par les sages-femmes de la maternité du CHU d'Angers

## 2. Les indications de sondage

Tableau I : Indications de réalisation du sondage urinaire intermittent en SDN (n=52)

Indications de sondage	Effectifs (n=52)	Taux (%)	Recommandations ?
Quantité de soluté perfusée	49	94,23%	Non
Aider à l'engagement fœtal	48	92,31%	Non
Avant les efforts expulsifs	47	90,38	Oui (1)
Temps entre deux vidanges vésicales	43	82,69%	Oui (Annexe1)
PEC d'une hémorragie	42	80,77%	Oui (3)
A 2h du post-partum	28	53,84%	Non

Cinquante-deux SF ont répondu au questionnaire sur les indications du sondage. Les indications reconnues ont été largement citées par les sages-femmes (> 80% pour toutes).

Parmi les 10 sages-femmes sur 52 ayant répondu ne pas sonder lors de la prise en charge d'une HDD, 6 ont précisé avoir coché « non » car elles utilisaient des sondes à demeure.

Pour compléter le tableau, une réponse ouverte était également possible pour connaître les indications de sondage des sages-femmes. Sept SF sur 52 ont complété ce tableau avec les réponses suivantes : 4 SF ont indiqué sonder en fonction de l'examen clinique au cours du suivi de travail (Stagnation de la dilatation, globe vésical, présentation céphalique haute). Trois SF ont indiqué sonder en post-partum immédiat (PPI) (Rétention aigüe en PPI, ou encore au bout de 6 heures sans miction spontanée après l'accouchement)

## 3. Le sondage à 2h du post-partum

### 3.1. Indications du sondage

Nous avons cherché à savoir si le sondage était effectué en systématique au bilan des 2 heures, et s'il existait des déterminants pour cette pratique. Sur le total des SF ayant remplis le tableau, 33,3% a répondu sonder en systématique dans certaines situations proposées. Sur les 28 SF ayant listé cette indication à la première question du questionnaire (tableau I), 17 SF ont déclaré effectuer un sondage systématique au bilan de sortie de SDN, en fonction de l'APD et/ou de la parité.

En cas d'analgésie péridurale 15 SF sur 17 pratiquent un sondage systématique (Chez les patientes primipares et multipares), contre aucune en l'absence d'APD. Une SF sur les 17 ayant répondu sonder en systématique pratiquait ce geste uniquement chez les multipares et 1 n'avait pas donné sa réponse concernant le sondage des multipares sous APD (mais sondait les primipares en systématique).

Parmi les 52 sages-femmes ayant répondu aux questionnaires, 49 ont répondu aux questions ouvertes de la 5<sup>ème</sup> partie. Aucune sage-femme n'ayant répondu sonder en systématique pour toutes les situations, les 49 SF ont répondu à la première question et ont donné leurs indications de sondage quand celui-ci n'était pas fait en systématique pour toutes les patientes (Tableau II). Pour la question d'après, seules les sages-femmes ayant coché sonder en systématique dans au moins une situation ont répondu.

Tableau II : Indications des sages-femmes pour la réalisation d'un sondage intermittent à 2h du PPI quand non fait en systématique dans au moins une situation.

<b>Indications</b>	<b>Effectifs</b>
<b>Liées à l'examen clinique</b>	
Globe vésical à l'examen clinique	21
Saignements subnormaux	14
Utérus ascensionné	10
Difficulté à la mobilisation des membres inférieurs	5
Emissions d'urines à l'examen	1
<b>Liées au travail/accouchement</b>	
Remplissage vasculaire	9
Analgésie péridurale	6
Délais depuis dernier sondage	5
Travail long	4
Déclenchement	1
<b>Liées au système urinaire</b>	
Echec de miction spontanée	20
Globe après miction spontanée ou après un échec	4
« Patiente ne ressent pas l'envie d'uriner »	3
<b>Autre</b>	
Echec de premier lever	3
APD + travail long + échec de miction spontanée	1
Multipare + Antécédent d'HDD	1
Douleurs périnéales	1
Globe + échec de premier lever	1

Les 17 SF ayant annoncé sonder en systématique dans au moins une des situations proposées ont répondu à la 2<sup>ème</sup> question ouverte. Aucune sage-femme n'a répondu sonder en systématique lors de l'absence d'analgésie péridurale. Les réponses suivantes ont été fournies comme indication de sondage en systématique :

- Utilisation d'une analgésie péridurale (6 SF, dont 1 qui a coché « non » aux situations avec patiente ayant bénéficié d'une APD dans le tableau de la question 5)
- Risque vésical (vidange incomplète, globe, rupture) (6 SF)
- Remplissage vasculaire >500mL pendant le travail ou le PPI (3 SF)
- Travail long sous APD (3 SF)
- Risque d'HDD (2 SF)
- Augmenter le temps avant la première miction spontanée (1 SF)
- Patiente ne ressent pas l'envie d'uriner (1 SF)
- Echec de miction spontanée (1 SF)

## 4. La pratique de réalisation du sondage urinaire intermittent

### 4.1. Fréquence

La toilette vulvaire (A l'eau et au savon) était réalisée à chaque sondage pour 11 sages-femmes sur 45 (24,44%). Pour 17 SF la toilette se faisait dans plus d'un sondage sur deux, pour 11 SF, dans moins d'un sondage sur deux, et pour 6 SF (13,33%), cette toilette n'était jamais pratiquée.

La toilette antiseptique (Bétadine, Dakin...) était pratiquée à chaque sondage pour 41 SF sur 45 (91,11%), 1 la pratiquait dans plus d'un sondage sur deux, 2 la pratiquaient dans moins d'un sondage sur deux. Et 1 exprimait ne jamais la réaliser.

### 4.2. Technique du soin

La fréquence avec laquelle les différentes étapes de ce soin, énuméré par le protocole du CLIN 2006 (Annexe 1), sont pratiquées, est résumée dans le tableau suivant.

Tableau III : Technique de réalisation des toilettes vulvaires (n=45) et antiseptiques (n=50) ainsi que du sondage (n=variable)

	Toilette vulvaire n (%)			
	A chaque sondage	Souvent	Rarement	Jamais
<b>SHA avant les gants (n=45)</b>	42 (93,34%)	2 (4,44%)	0	1 (2,22%)
<b>Compresse stériles (n=45)</b>	15 (33,34%)	1 (2,22%)	2 (4,44%)	27 (60%)
<b>Compresse non stériles (n=45)</b>	26 (57,78%)	2 (4,44%)	3 (6,67%)	14 (31,11%)
<b>Gants stériles (n=45)</b>	10 (22,22%)	0	0	35 (77,78%)
<b>Gants non stériles (n=45)</b>	33 (73,34%)	2 (4,44%)	1 (2,22%)	9 (20%)
<b>Tablier à usage unique (n=45)</b>	2 (4,44%)	2 (4,44%)	3 (6,67%)	38 (84,45%)
<b>SHA après les gants (n=45)</b>	40 (88,89%)	5 (11,11%)	0	0
	Toilette antiseptique n (%)			
	A chaque sondage	Souvent	Rarement	Jamais
<b>SHA avant les gants (n=50)</b>	47 (94%)	1 (2%)	1 (2%)	1 (2%)
<b>Compresse stériles (n=50)</b>	48 (96%)	1 (2%)	0	1 (2%)
<b>Compresse non stériles (n=50)</b>	1 (2%)	0	0	49 (98%)
<b>Gants stériles (n=50)</b>	40 (80%)	4 (8%)	3 (6%)	3 (6%)
<b>Gants non stériles (n=50)</b>	4 (8%)	4 (8%)	5 (10%)	37 (74%)
<b>SHA après les gants (n=50)</b>	45 (90%)	2 (4%)	0	3 (6%)
	Sondage n (%)			
	A chaque sondage	Souvent	Rarement	Jamais
<b>SHA avant les gants (n=51)</b>	49 (96,08%)	0	0	2 (3,92%)
<b>Champs stérile (n=51)</b>	2 (3,93%)	5 (9,80%)	16 (31,37%)	28 (54,90%)
<b>Gants stériles (n=51)</b>	43 (84,31%)	4 (7,84%)	1 (1,96%)	3 (5,89%)
<b>Gants non stériles (n=51)</b>	4 (7,84%)	1 (1,96%)	5 (9,80%)	40 (78,43%)
<b>Sonde simple (n=48)</b>	12 (25%)	20 (41,67%)	12 (25%)	4 (8,33%)
<b>Sonde avec sac collecteur (n=48)</b>	8 (16,67%)	19 (39,58%)	16 (33,33%)	5 (10,42%)
<b>SHA après les gants (n=50)</b>	44 (88%)	3 (6%)	1 (2%)	2 (4%)
<b>Déchets dans sac DASRI (n=50)</b>	42 (84%)	4 (8%)	1 (2%)	3 (6%)

### 4.3. Durée d'un sondage

Le temps moyen, estimé par les professionnels, d'un sondage, de la désinfection des mains à l'élimination des déchets était de 8,59 minutes (minimum : 3 minutes, maximum : 20 minutes). La médiane était de 7,25min (écart type de 4,44min). Le premier quartile était à 5 min et le troisième quartile était à 10min.

## 5. Recueil de données

Tableau IV : Résultats du recueil de données dans les dossiers de suites de couches (n total=157)

	<b>SU à 2h</b>	<b>Pas de SU à 2h</b>	<b>SAD</b>	<b>p-value</b>
<b>Primipare (n=60)</b>	23 (38,33%)	13 (21,67%)	24 (40%)	p=0,192
<b>Multipare (n=97)</b>	33 (34,02%)	34 (35,05%)	30 (30,93%)	
<b>APD (n=131)</b>	<b>55 (41,98%)</b>	<b>24 (18,33%)</b>	<b>52 (39,69%)</b>	<b>p=8,5.10<sup>-12</sup></b>
<b>Pas d'APD (n=26)</b>	<b>1 (3,85%)</b>	<b>23 (88,46%)</b>	<b>2 (7,69%)</b>	

Le délai entre le sondage urinaire à 2 heures du post-partum immédiat (PPI) et le précédent sondage ou la précédente miction spontanée était en moyenne de 3 heures et 52 minutes. Avec un délai minimum de 120 min (2 heures) et un maximum de 480 minutes (8 heures). La médiane était à 225 minutes (3 heures et 45 minutes).

## Discussion

### 1. Analyse des résultats sur la technique du sondage urinaire

En analysant les résultats, seules 13 SF avaient coché les indications de sondage urinaire correspondant aux différentes recommandations du CLIN et du Comité National des Gynécologues-Obstétriciens de France (CNGOF). Le fait d'être à 2 heures du PPI n'est pas une indication de sondage, or celui-ci est évoqué par près de 54% des SF interrogées. De même, le volume de soluté perfusé n'est pas une indication reconnue de sondage urinaire. Et pourtant, près de 94% des sages-femmes ont répondu que le volume était une indication. Il n'y a pas eu de recommandation sur le sondage pour aider à l'engagement de la présentation fœtale. Il semble donc que les SF du CHU d'Angers identifient plus de situations de sondage intermittent que ce qui est recommandé.

De plus, alors qu'il est recommandé de pratiquer un sondage intermittent en respectant les mêmes règles d'asepsie que la pose d'une sonde à demeure, nous observons qu'aucune sage-femme ne respectait les recommandations du CLIN pour la réalisation d'un hétérosondage. Une minorité de SF pratiquent une toilette vulvaire détergente, en revanche plus de 90% pratiquent la désinfection antiseptique. Cependant, un antiseptique n'est efficace que sur une peau « propre ». Les règles d'hygiène des mains et de port de gants pour ce geste étaient en revanche globalement respectées, même si les gants stériles étaient largement privilégiés aux gants non stériles ce qui n'est pas nécessaire en pratique.

Les champs stériles sont rarement utilisés, et les sondes avec sacs collecteurs peu employées.

Devant la fréquence de ce geste, autour de patientes ne présentant pas un terrain à haut risque d'infection nosocomiale, le respect d'un protocole contraignant est plus difficile. Cependant, nous avons pu constater que des pratiques de sondage « systématiques » pouvaient être évitées, permettant ainsi de faciliter le respect des consignes autour des sondages intermittents. Le temps médian par sondage est de 7.25 min. En supprimant les indications non recommandées, un vrai bénéfice est attendu en termes de temps de travail à consacrer à d'autres tâches.

L'infection urinaire reste la première infection nosocomiale chez les accouchées par voie basse (5). La fréquence du sondage intermittent, et le nombre de sondage par patiente augmentent (6), constituant un des probables facteurs de risque de l'infection urinaire de la parturiente. Ainsi, malgré la réalisation de ce geste dans une population de femmes jeunes globalement en bonne santé, il ne semble pas justifié à ce jour de « simplifier » le protocole du sondage évacuateur pour s'aligner sur un geste « propre » comme il peut être effectué en cas d'auto sondage. Il est encore aujourd'hui préférable de pratiquer un geste stérile en milieu hospitalier, notamment devant le risque d'acquisition de bactéries résistantes aux antibiotiques.

## 2. Analyse des résultats sur le sondage vésical lors de la sortie de salle de naissance

Lors de l'analyse des résultats, nous avons pu observer certaines discordances dans les réponses concernant le sondage en PPI. En effet, à la question 3, le taux de sages-femmes qui le pratiquaient était de presque 54%, pour environ 32% à la question 5 du questionnaire. Même en retenant ce dernier chiffre, on observe qu'au moins 1 sage-femme sur 3 réalise cet acte de soin sans indication médicale mais de manière « systématique ».

À la vue de ces chiffres, nous avons questionné les sages-femmes sur les raisons de ce sondage. Il est intéressant de voir que les indications à sa réalisation en systématique étaient identiques aux indications données pour réaliser cet acte de manière ponctuelle. Pour une même indication, il apparaît donc que certaines sages-femmes vont sonder les patientes à risques et pour d'autre, cette indication s'applique à toutes les patientes. Cependant, la majorité des raisons données ne fait pas partie des recommandations émises sur les indications de sondage urinaire intermittent en obstétrique. En effet, pour 13 indications citées (sur les 18), aucune étude ou recommandation n'ont été publiées. Pour les 5 autres, elles concernent les saignements augmentés et utérus ascensionné, les globes vésicaux (à l'examen ou après échec de miction spontanée) et le délai depuis la dernière miction. Pour toutes les autres, ce sont des situations pour lesquelles un sondage pourrait être évité. De même, pour les indications suivantes : « Diminuer les risques d'HDD », « diminuer les risques de rétention aigue d'urine », des recommandations (7) et études (8) ont démontré l'inutilité de cet acte en l'absence de signes cliniques.

Notre étude a permis de mettre en avant un lien franc entre la pose d'une analgésie péridurale et la pratique d'un sondage vésical avant le passage en suites de couches. Lors de la distribution des questionnaires, 100% des sages-femmes qui réalisaient cet acte en systématique le pratiquaient uniquement chez des patientes ayant bénéficié d'une APD. Cette donnée a été confirmée par le recueil d'informations dans les dossiers où 41,98% des patientes sous APD étaient sondées avant d'être transférées en suites de couches (versus 3,85% en cas d'absence d'APD). Les indications de sondage n'étaient pas tracées dans les dossiers, nous n'avons malheureusement pas pu estimer la proportion évitable. Cependant, le taux de sondage reste extrêmement élevé par rapport à l'incidence d'hémorragie de la délivrance ou de globes vésicaux associés à une impossibilité de miction spontanée. D'après l'HAS, le sondage urinaire à la sortie de salle de naissance ne doit pas être réalisé en l'absence d'une complication nécessitant une prise en charge active, que la patiente ait bénéficié d'une analgésie péridurale ou non (7).

Une dérive est apparue dans la pratique du sondage urinaire intermittent par les sages-femmes du CHU. Il est possible que celle-ci provienne des changements de locaux de la maternité au cours des années 1997-2000 qui, à l'époque, a pu nécessiter une prise en charge par anticipation des complications du post-partum. Cependant, ce protocole n'a aujourd'hui plus lieu d'être, les unités de suites de couches étant situées dans les étages au-dessus des salles de naissance.

Lors de l'analyse des résultats une autre dérive a également été observée au sein du service des salles de naissance : le taux de patiente ayant eu une sonde à demeure. En effet, lors de l'analyse de dossiers, il est ressorti que plus d'une patiente sur trois ayant accouché par voie basse (Cf tableau IV) a été sondée à demeure, qu'elle ait eu une analgésie péridurale ou non. Pour rappel, au cours d'un suivi de travail normal, la pose d'une sonde à demeure ne se justifie que par un risque important de passage au bloc opératoire pour une extraction fœtale en urgence, la nécessité de mesurer la diurèse horaire, ou la prise en charge d'une HDD grave. Devant la rareté de ces situations cliniques, il apparaît donc que le taux de sondage à demeure dans la population accouchant par voie basse est extrêmement élevé. En 2012, toutes voies d'accouchement confondues, seules 5,2% des patientes hospitalisées en obstétrique avaient bénéficié d'une SAD en France (2). Le sondage à demeure faisant courir un risque plus élevé d'infection nosocomiale aux patientes, le sondage intermittent doit être préféré (Annexe 1).

### 3. Les biais et les limites

Le taux global de participation à cette étude par les sages-femmes hospitalières du CHU d'Angers était de 62,96%. Le taux de sages-femmes travaillant dans les services mais ne réalisant pas de gardes en salle de naissance était inconnu. L'étude a pu présenter un biais de remplissage du questionnaire,

de par le service d'exercice au moment de la distribution et le travail en équipe qui a pu entraîner un remplissage à plusieurs du questionnaire. D'autre part, le remplissage était un biais du fait de la présentation des questions sous forme de tableaux. En effet, les tableaux pouvaient sous-entendre des réponses ou encore éviter l'émergence d'autres possibilités.

L'étude a également présenté des limites. En effet, au vu des réponses obtenues il aurait été intéressant de connaître, par questionnaire, l'année d'obtention du diplôme et la ville où celui-ci a été obtenu. De même, d'autres questions auraient pu être posées afin de pouvoir mieux analyser les résultats notamment le volume de soluté à partir duquel un sondage se justifie, ou encore à quelle fréquence les sages-femmes réalisaient-elles les sondages.

## Conclusion

L'étude a montré un faible taux de respect des recommandations du CLIN sur la pratique du sondage urinaire et une méconnaissance des indications (et surtout non-indications) à sa réalisation.

Cette étude démontre qu'un taux important de sondage urinaire à 2 heures du post-partum reste pratiqué à la maternité du CHU d'Angers. Malgré l'impossibilité de connaître exactement le taux de sondage évitable avec notre méthode, nous observons que ce taux reste très probablement trop élevé.

On note également une certaine concordance des données dans les résultats obtenus par les questionnaires et ceux observés dans les dossiers, notamment pour le taux important de sondage intermittent lors du passage en suites de couche. Cette recherche au sein des dossiers obstétricaux a notamment mis en avant un taux important d'utilisation de sonde à demeure. En effet, un peu plus d'une patiente sur trois bénéficiait de cette sonde au mois de Novembre. Cette pratique augmente fortement les risques d'infections urinaires et ses indications d'utilisation sont moindres. Quelles sont les indications en salle de naissance au CHU d'Angers pour la pose de sonde à demeure ?

Une homogénéisation des pratiques semble être nécessaire au sein de la maternité afin de rappeler les indications de réalisation d'un sondage urinaire ainsi que sa bonne pratique.

Le sondage intermittent doit ici être préféré au sondage à demeure. En réservant ce geste aux seules indications pertinentes, le temps économisé pourrait être mis à profit pour d'autres soins réalisés pour les sages-femmes, ou encore, permettrait d'avoir le temps nécessaire à sa réalisation en respectant les recommandations de bonnes pratiques.

Un retour de cette première phase de l'audit sera réalisé auprès des sages-femmes de la maternité du CHU d'Angers afin d'améliorer la prise en charge des patientes, et surtout d'harmoniser la pratique du sondage urinaire intermittent en salle de naissance.

# Annexes

## Annexe 1 – Recommandation du CLIN sur l'hétéro sondage urinaire intermittent

	Comité de lutte contre les Infections Nosocomiales	CLIN-DO-2-3-27
	<b>L'HÉTÉROSONDAGE URINAIRE INTERMITTENT</b>	Version n°1
		24/10/2006
		Page 1 sur 3

### 1. OBJET ET DOMAINE D'APPLICATION

Prévenir les infections urinaires nosocomiales liées à l'hétérosondage intermittent  
Harmoniser les pratiques de soins concernant ce geste

### 2. DESTINATAIRES

Tout soignant habilité à réaliser l'hétérosondage intermittent

### 3. DOCUMENTS LIÉS

FT CLIN 2-1-2 "L'antiseptie des mains" FT CLIN 2-1-3 "Le port de gants à usage unique non stériles"  
FT CLIN 2-3-12 "Le sondage vésical clos chez l'adulte"  
FT CLIN 2-6-1 " les antiseptiques"  
FT CLIN 3-2-3 "l'entretien de la salle de soins"  
Le tri des déchets (document de la Cellule Hygiène et Sécurité) 0027-DI-DH-0002

### 4. REFERENCES EXTERNES

Conférence de consensus "Infections urinaires nosocomiales de l'adulte"- SPLIF et AFU - Novembre 2002  
*"Le sondage intermittent en alternative au sondage à demeure est préférable.  
A l'hôpital, le sondage intermittent nécessite les mêmes conditions d'asepsie que le sondage à demeure. Il est conseillé d'utiliser des dispositifs stériles à usage unique et prêts à l'emploi."*

Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - Qualité de la pose et de la surveillance des sondes urinaires - ANAES - Décembre 1999

### 5. DEFINITIONS ET ABREVIATIONS

L'hétérosondage urinaire intermittent et le choix de la sonde sont des prescriptions médicales.  
Rappel: le premier sondage vésical chez l'homme (ou le garçon) est un acte médical.  
Il permet d'assurer une vidange vésicale régulière sans maintenir de dispositif médical en place. Cette technique doit s'effectuer toutes les quatre heures par l'intermédiaire d'une sonde stérile à usage unique.

SPLIF : Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française - AFU : Association Française d'Urologie  
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (remplacée par la Haute Autorité en Santé)

### 6. MATERIEL

Matériel pour antiseptie des mains : Flacon de solution hydroalcoolique

Matériel pour la toilette génitale

Gant et serviette de toilette propres -gants à usage unique non stériles - savon liquide

Matériel pour le sondage

Chariot propre et désinfecté - gants stériles - compresses stériles - champ troué stérile - antiseptique si besoin - sonde urinaire stérile - lubrifiant si besoin - alèse à usage unique - haricot à UU ou bassin ou urinal nettoyés, désinfectés ou sac collecteur - bocal à urines si besoin - sac déchets

Choix de la sonde	Choix du lubrifiant
Sonde lubrifiée	Néant
Sonde sèche	Utiliser un lubrifiant

Validation	Approbation
Nom : P. ABGUEGUEN Fonction : PH	Nom : ML JOLY-GUILLOU Président du CLIN

## 7. CONTENU DU DOCUMENT OPERATIONNEL

**L'antiseptie des muqueuses**

- Si hétérosondage sur une durée  $\leq$  à 24H, effectuer une antiseptie
- Si hétérosondage sur une durée  $\geq$  à 24H, le choix est de ne pas faire d'antiseptie car cela entraîne une altération des muqueuses

## 7.1 TECHNIQUE

Se désinfecter les mains Installer le patient sur une alèse, avec ou sans bassin (nettoyé et désinfecté) Mettre les gants non stériles à usage unique	
<b>CHEZ L'HOMME (OU LE GARÇON)</b>	<b>CHEZ LA FEMME (OU LA FILLE)</b>
Laver largement la partie supérieure des cuisses à l'eau et au savon, puis les organes génitaux externes après le décalotage du gland	Laver largement la partie supérieure des cuisses à l'eau et au savon puis les organes génitaux externes, du méat vers l'anus, en écartant les grandes et petites lèvres
Rincer à l'eau tiède du robinet Essuyer avec la serviette propre Eliminer le matériel utilisé Retirer les gants Se désinfecter les mains avec la SHA	
<b>CHEZ L'HOMME (OU LE GARÇON)</b>	<b>CHEZ LA FEMME (OU LA FILLE)</b>
Mettre le haricot ou l'urinal ou le bassin (ou prévoir le sac collecteur) Se désinfecter les mains	Mettre le haricot ou le bassin (ou prévoir le sac collecteur) Se désinfecter les mains
<i>Si hétérosondage <math>\leq</math> à 24H, faire une antiseptie: mettre des gants non stériles à usage unique et effectuer l'antiseptie avec des compresses stériles imbibées d'antiseptique</i> <i>Retirer les gants et se désinfecter les mains</i>	
Mettre des gants stériles Installer le champ stérile Prendre la sonde et la lubrifier si besoin (l'adapter au sac collecteur avec une compresse stérile si utilisé) Maintenir la verge à l'aide d'une compresse stérile Introduire la sonde lentement sans forcer Arriver au sphincter, incliner la verge vers le bas et pousser la sonde jusqu'à écoulement de l'urine Attendre la vidange complète de la vessie Effectuer une pression sur le bas ventre en fin de vidange Retirer la sonde tout doucement Jeter la sonde Recalotter le gland Vérifier l'aspect des urines, les quantifier et les vider Eliminer les déchets dans un sac fermé	Mettre des gants stériles Installer le champ stérile Si possible, obtenir la participation de la patiente en lui demandant de positionner ses poings au niveau des fesses afin de surélever le bassin Prendre la sonde et la lubrifier si besoin (l'adapter au sac collecteur avec une compresse stérile si utilisé) Introduire la sonde lentement sans forcer En cas de difficulté pour visualiser le méat urinaire, demander à la patiente de tousser Attendre la vidange complète de la vessie Effectuer une légère pression sur le bas ventre à la fin de l'élimination des urines Retirer la sonde tout doucement Jeter la sonde Vérifier l'aspect des urines, les quantifier et les vider Eliminer les déchets dans un sac fermé
Retirer les gants stériles Se désinfecter les mains	

## 7.2. SUIVI DU SONDAGE INTERMITTENT

### Les transmissions

Noter sur le dossier de soin, ou la fiche de suivi du sondage intermittent, l'heure, l'aspect des urines, la quantité évacuée, les difficultés rencontrées

### Recommandations

Eviter la constipation (défécation 1 fois par jour si possible)

Veiller à une bonne hygiène corporelle du patient (changement de sous-vêtements tous les jours, ainsi que le linge de toilette)

Veiller à une bonne hydratation du patient

Importance du respect de l'intervalle entre deux hétérosondages (toutes les 4 heures sauf avis médical)

## 8. EVALUATION

L'évaluation portera sur l'application de la procédure (Audit Clinique Ciblé)

## 9. COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

Dr Abgueuen, UPLIN et Services des Maladies Infectieuses et Tropicales

Dr Brunel, CRRRF

Mme Chauvet, Cadre de Santé en Pédiatrie

Mme Ferval, Pharmacien

Mme Patin, Infirmière en Gynécologie

M. Rambaud, Infirmier en Réanimation Chirurgicale A

UPLIN

## Annexe 2 – Questionnaire pour l'évaluation des pratiques du sondage urinaire en salle de naissance au CHU d'Angers

### Questionnaire sur les pratiques du sondage urinaire intermittent.

1- Réalisez-vous des gardes en salle de naissance ?

OUI	NON

En cas de réponse négative, ne pas remplir la suite du questionnaire. Malgré tout, merci de me le transmettre.

2- En moyenne, combien de temps passez vous à réaliser un sondage urinaire intermittent ? (De la désinfection des mains à l'élimination des déchets.)

..... min

3- Quelles sont, pour vous, les indications de sondage urinaire intermittent ? (Plusieurs réponses possibles)

	OUI	NON
La quantité de soluté perfusé		
Le temps entre deux vidanges vésicales		
Aider à l'engagement foetal		
Avant les efforts expulsifs		
PEC d'une hémorragie de la délivrance		
A 2h du post-partum		

Autre : .....

4- Le sondage intermittent, plus en détail :

A quelle fréquence réalisez-vous une toilette vulvaire (Eau + savon) avant un sondage ?

A chaque sondage	Souvent (>1 sondage / 2)	Rarement (<1 sondage / 2)	Jamais

Comment la réalisez-vous ?

	A chaque sondage	Souvent (>1 sondage / 2)	Rarement (<1 sondage / 2)	Jamais
SHA avant les gants				
Avec compresses stériles				
Avec compresses non stériles				
Avec des gants stériles				
Avec des gants non stériles				
Avec un tablier à usage unique				
SHA après retrait des gants				

A quelle fréquence réalisez-vous une toilette antiseptique (Bétadine / Dakin...) avant un sondage ?

A chaque sondage	Souvent (>1 sondage / 2)	Rarement (<1 sondage / 2)	Jamais

**Comment la réalisez-vous ?**

	A chaque sondage	Souvent (>1sondage / 2)	Rarement (<1sondage / 2)	Jamais
SHA avant les gants				
Avec des compresses stériles				
Avec des compresses non stériles				
Avec des gants stériles				
Avec des gants non stériles				
SHA après les gants				

**Comment réalisez-vous la pose de la sonde urinaire ?**

	A chaque sondage	Souvent (>1sondage / 2)	Rarement (<1sondage / 2)	Jamais
Utilisation d'un champ stérile troué				
SHA avant les gants				
Avec des gants stériles				
Avec des gants non stériles				
Sondage urinaire avec sonde simple				
Sondage urinaire avec sac collecteur				
SHA après les gants				
Élimination des déchets dans des sacs DASRI				

**5- Concernant le sondage urinaire au bilan des 2h :  
En fonction des situations suivantes, faites-vous ce sondage en systématique ?**

	OUI	NON
Primipare avec APD		
Primipare sans APD		
Multipare avec APD		
Multipare sans APD		

**Si vous avez coché au moins une fois « NON », quelles sont vos indications pour sa réalisation ?**

.....  
.....

**Si vous avez coché au moins une fois « OUI », pour quelle(s) raison(s) le faites vous ?**

.....  
.....

**Merci de votre participation !**

## Bibliographie

1. Sentilhes L, Gillard P, Descamps P, Fournié A. Indications et prérequis à la réalisation d'une extraction instrumentale : quand, comment et où ? /data/revues/03682315/003708S1/188/. 5 déc 2008;37(8S1):1.
2. Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissements de santé, France, mai-juin 2012 [Internet]. Institut de veille sanitaire; 2012 [cité 17 janv 2018]. Disponible sur: [file:///C:/Users/Cassandra/Downloads/rapport\\_enp\\_2012%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Cassandra/Downloads/rapport_enp_2012%20(1).pdf)
3. Commissions des anesthésistes- obstétricale et des sages-femmes Avril 2015. Prise en charge de l'hémorragie du post-partum (HPP) [Internet]. Réseau Sécurité Naissance naître ensemble; 2015 [cité 17 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.reseau-naissance.fr/data/mediashare/we/6lhd4wohyjwiye4kpckew3hqeap5ca-org.pdf>
4. A.C. Bouhours, P. Bigot, M. Orsat, N. Hoarau, P. Descamps, A. Fournié, A.-R. Azzouzi. Rétention vésicale du post-partum | Urofrance [Internet]. AFU Association Française d'urologie. 2011 [cité 17 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.urofrance.org/nc/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/retention-vesicale-du-post-partum.html>
5. CPIAS M. Rapport annuel du réseau de surveillance des infections nosocomiales en maternité [Internet]. Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins; 2017 [cité 28 févr 1017]. Disponible sur: [http://www.cpias-auvergnerhonealpes.fr/Reseaux/MATER/Resultat/2016/rapport\\_2016.pdf](http://www.cpias-auvergnerhonealpes.fr/Reseaux/MATER/Resultat/2016/rapport_2016.pdf)
6. CCLIN-ARLIN M, Réseau de Surveillance des Infections Nosocomiales en Maternité. Outil d'évaluation de la pratique du sondage évacuateur stérile- Guide pour l'organisation de l'audit et le recueil des données [Internet]. Réseau MATER; 2017 [cité 28 févr 2017]. Disponible sur: [http://www.cpias-auvergnerhonealpes.fr/Reseaux/MATER/Campagnesaudits/audit\\_SEV\\_2017/manuel\\_eval\\_audit\\_sev.pdf](http://www.cpias-auvergnerhonealpes.fr/Reseaux/MATER/Campagnesaudits/audit_SEV_2017/manuel_eval_audit_sev.pdf)
7. Collège de la Haute Autorité de santé. Accouchement normal: Accompagnement de la physiologie et interventions médicales [Internet]. HAS; 2017 [cité 19 févr 1018]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2018/01/Accouchement-normal-Recommandations.pdf>
8. Guillot J. Sondage urinaire évacuateur au passage en suites de couches : intérêt dans la prévention des rétentions urinaires du post-partum [Internet] [Mémoire de sage-femme]. [Grenoble]: Grenoble; 2012 [cité 17 janv 2018]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00743641/document>

# Index des illustrations

Figure 1 : Flow chart de l'étude de pratiques cliniques sur le sondage urinaire intermittent par les sages-femmes de la maternité du CHU d'Angers..... 5

## Table des tableaux

Tableau I : Indications de réalisation du sondage urinaire intermittent en SDN (n=52) .....	6
Tableau II : Indications des sages-femmes pour la réalisation d'un sondage intermittent à 2h du PPI quand non fait en systématique dans au moins une situation. ....	7
Tableau III : Technique de réalisation des toilettes vulvaires (n=45) et antiseptiques (n=50) ainsi que du sondage (n=variable) .....	9
Tableau IV : Résultats du recueil de données dans les dossiers de suites de couches (n total=157).....	10

# ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Cassandre Sauleau, née le 17 Septembre 1994,  
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une  
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,  
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.  
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées  
pour écrire ce mémoire.

Signé par l'étudiant(e) le :

# RÉSUMÉ

**Introduction :** Le sondage urinaire est un geste de soin fréquent, toute patiente ayant une analgésie péridurale bénéficiera d'au moins un sondage vésical avant l'accouchement. L'infection urinaire représente 30% des infections nosocomiales. A la maternité du CHU, le sondage urinaire intermittent est régi par les recommandations du CLIN. Quelles sont les pratiques des sages-femmes du CHU concernant l'hétérosondage en salle de naissance (SDN).

**Objectifs :** Le but de travail était de connaître les pratiques de l'hétérosondage par les SF en salles de naissance.

**Matériel et méthode :** Un échantillon de sages-femmes a été recueilli parmi toutes les sages-femmes de la maternité d'Angers. La population source était composée de 107 sages-femmes, 26 n'avait pas été inclus car elles ne réalisaient pas de gardes en SDN. Le taux de réponse était de 62,96%. Des auto-questionnaires anonymes étaient disponibles dans les services de suites de couches (SDC), salles de naissance (SDN), grossesses pathologiques, et les urgences obstétricales. Afin de compléter ces données déclaratives, une analyse de dossiers en SDC a également été réalisée.

**Résultats :** Les indications reconnues de sondage urinaire ont été largement citées par les sages-femmes (SF). Une SF sur 3 affirmait réaliser un sondage systématique lors de l'examen de sortie de SDN chez les patientes ayant bénéficié d'une APD. Aucune sage-femme ne respectait les recommandations du CLIN pour la réalisation d'un hétérosondage. Dans l'analyse de dossiers, 1 patiente sur 3 bénéficiait d'un hétérosondage avant le passage en SDC. 1 patiente sur 3 bénéficiait d'une pose de sonde à demeure lors de l'hospitalisation en SDN.

**Discussion :** Notre étude a permis de mettre en avant un lien franc entre la pratique du sondage urinaire intermittent lors du passage en SDC et l'utilisation d'une analgésie péridurale. Des dérives sont apparues dans la pratique du sondage des sages-femmes de la maternité du CHU d'Angers. Elles se retrouvent dans les indications de sondage, et dans la pratique de cet acte. Ce dernier nécessite pourtant une réalisation dans les mêmes conditions d'asepsie que la pose d'une sonde à demeure.

**Mots-clés :** sages-femmes, sondage intermittent, CHU d'Angers, salles de naissance, bilan des 2heures

# ABSTRACT

**Introduction:** The urinary sounding is a movement of frequent care. Every patient having an analgesia epidural will get at least one vesical sounding before the phase of eviction of the delivery. The urinary infection represents 30 % of the nosocomial infections. In the teaching hospital's maternity, the urinary sounding is governed by the CLIN's recommendations. What are the practices of the midwives of the teaching hospital concerning the occasional urinary sounding in delivery room?

**Objectives:** The purpose of this thesis was to learn the practices of urinary sounding by midwife in delivery room

**Material and method:** Midwives' sample was taken among all the midwives of the Angers's maternity. The population source comprised 107 midwives. 26 were not included because they never work in born room. The answer's rate was 62,96 %. Anonymous questionnaires were available in the service of post-delivery hospitalization, delivery room, pathological pregnancies, and the emergency department. To complete these declarative data, a files analysis was also done in post-delivery hospitalization.

**Results:** the recommended indications of urinary sounding were widely quoted by the midwives. 1 midwife out of 3 asserted perform a sounding in systematics during the final exam of post-delivery hospitalization among patients having benefited from an epidural. No midwife respected the recommendations of the CLIN for the realization of a sounding. In the data collection in files, 1 patient out of 3 benefited from a urinary sounding before the post-delivery hospitalization transfer. 1 patient out of 3 benefited from a permanent probe during the hospitalization in delivery room.

**Discussion:** Our study allowed to put forward a frank link between the practice of the occasional urinary sounding during the passage in post-delivery hospitalization and the use of an analgesia epidural. Excesses appeared in the practice of the midwife's pool of the teaching hospital. Both the sounding indications and the practice are impacted. However, the latter need to be performed on the same asepsis conditions than the installation of a permanent probe.

**Keywords:** Midwives, urinary sounding, Angers's teaching hospital, delivery room, 2 hour's exam