

UETMIS

Unité d'évaluation des
technologies et des modes
d'intervention en santé

CONCEPTS RELIÉS À UNE DÉMARCHE D'AUDIT

Stratégie d'intervention
à l'unité néonatale du
CHU Sainte-Justine



CHU Sainte-Justine
*Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant*

Pour l'amour des enfants

Université
de Montréal

CONCEPTS RELIÉS À UNE DÉMARCHE D'AUDIT

**Stratégie d'intervention à l'unité néonatale du
CHU Sainte-Justine**

Guide préparé par l'UETMIS du CHU Sainte-Justine

par

Nina N'Diaye
Johanne Samson

Novembre 2012

MISSION

La mission de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) est de **soutenir les prises de décision** par l'utilisation d'une approche d'évaluation claire et transparente, basée sur une revue des preuves scientifiques, sur des méthodes rigoureuses et sur des données probantes générées par des évaluations terrain.

L'évaluation des technologies de la santé (ÉTS) est un champ de recherche appliquée et interdisciplinaire. L'ÉTS examine les dimensions cliniques, économiques, éthiques, juridiques et sociales de l'introduction, de l'utilisation et de la diffusion des technologies et des modes d'intervention en santé.

La promotion de l'ÉTS, le transfert des connaissances, la formation ainsi que le rayonnement de l'expertise de l'Unité sont également au cœur de sa mission.

LE COMITÉ DIRECTEUR

Dr Marc Girard, directeur des affaires médicales et universitaires, CHU Sainte-Justine
Diane Calce, directrice des services cliniques, CHU Sainte-Justine
Jean-François Bussièrès, chef de la pharmacie, CHU Sainte-Justine
Renée Descôteaux, directrice des soins infirmiers, CHU Sainte-Justine
Dr Philippe Jovet, responsable médical de l'UETMIS, CHU Sainte-Justine
Dr Jacques Lacroix, représentant de l'Unité de recherche clinique appliquée, CHU Sainte-Justine
Dr Chantale Crochetière, présidente du CMDP, CHU Sainte-Justine
Dr Alicia Framarin, représentante scientifique de l'INESSS
Johanne Samson, coordonnatrice de l'UETMIS, CHU Sainte-Justine

DIVULGATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Aucun conflit à rapporter

REMERCIEMENTS

Cette évaluation a été effectuée à la demande de la Direction des affaires médicales et universitaires. Elle a été rendue possible grâce à la collaboration de chacun des membres du comité et des professionnels de la santé participants.

Comité d'évaluation

Nina N'Diaye, conseillère en évaluation des technologies, UETMIS,
Johanne Samson, coordonnatrice, UETMIS

L'UETMIS tient à remercier les lecteurs externes qui ont permis d'améliorer la qualité et le contenu de ce rapport.

TABLE DES MATIÈRES

1.	INTRODUCTION	1
2.	DÉFINITION DES CONCEPTS	1
	2.1 L'audit clinique.....	1
3.	LES PRÉALABLES D'UN AUDIT	2
	3.1 Les facteurs déclencheurs.....	2
	3.2 Les facteurs de réussite.....	2
	3.3 La structure organisationnelle de l'audit.....	2
4.	LE DÉROULEMENT D'UN AUDIT	4
	4.1 Choix de l'orientation en fonction du thème de l'audit	4
	4.2 Choix des critères (constitution du référentiel).....	5
	4.3 Choix du type d'étude et de la méthode de mesure.....	5
	4.4 Élaboration des instruments de mesure.....	7
	4.5 Recueil des données de mesure.....	8
5.	ANALYSE DES RÉSULTATS ET ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS	8
6.	PLAN D'ACTION D'AMÉLIORATION ET RÉÉVALUATION	8
7.	GUIDE MÉTHODOLOGIQUE	9
8.	RECOMMANDATION	10
	ANNEXE A AUDIT – LAVAGE DES MAINS	11
	Exemple de grille d'audit sur le lavage des mains	
9.	BIBLIOGRAPHIE	17

1. INTRODUCTION

Suite à la suspicion d'épidémie d'IN à l'unité néonatale du CHUSJ au cours de l'été 2009, un **plan d'action** élaboré par le service de PCI et l'équipe de néonatalogie a été proposé en décembre 2009. L'accent a été mis sur le renforcement des mesures de prévention des infections telles que l'hygiène des mains, la désinfection des équipements médicaux et des locaux. Certaines procédures techniques effectuées sur les patients, telles que la pose de cathéters centraux ou la technique d'intubation ont également été réévaluées (mise à jour des protocoles, brève évaluation de l'observance).

Il avait alors décidé de mener des audits et de dégager une infirmière de néonatalogie afin de réaliser cette démarche. Déjà, une confusion persistait quant à la façon de mener des audits. L'approche préconisée par les membres de l'équipe de néonatalogie consistait plutôt à faire des **observations ponctuelles** que de s'engager dans une démarche d'**audits**.

Notons que l'auto-évaluation et l'observation directe se qualifient comme des processus d'évaluation. L'**auto-évaluation** est un processus qui permet à une organisation d'établir un diagnostic, de dégager ses points forts et d'identifier les actions d'amélioration possibles. L'**observation directe** est une modalité d'évaluation qui permet à l'évaluateur de porter un jugement sur l'application présente des critères de qualité. C'est une approche dynamique qui favorise une collecte d'information en instantané et qui peut générer un réajustement immédiat des comportements. Cependant, la réalisation d'audits est d'un autre niveau.

Il convient alors de bien définir et comprendre l'ensemble des concepts qui sous-tendent une démarche d'audit.

2. DÉFINITION DES CONCEPTS

L'audit est une **procédure scientifique** et **systématique** qui vise à déterminer dans quelle mesure une action ou un ensemble d'actions atteignent avec succès un ou des objectifs préalablement fixés (OMS). Ainsi, l'audit inclut des aspects de contrôle, de vérification, de surveillance et d'inspection. Dans l'application des normes internationales, telles les normes ISO, l'audit sert d'instrument de vérification et d'évaluation de la conformité.

L'audit s'applique dans divers domaines, dont la qualité (audit de la qualité), la sécurité (audit de santé et de sécurité), la comptabilité (audit comptable) ainsi que la santé (audit clinique).

2.1 L'audit clinique

C'est une méthode d'évaluation qui permet, à l'aide de critères déterminés, de comparer les pratiques de soins à des référentiels. Cette méthode s'inscrit dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins. Comme toutes les méthodes d'amélioration, l'audit clinique permet de comparer une pratique clinique à une démarche optimale.

L'audit clinique est une méthode d'amélioration de la qualité. Il s'agit de l'évaluation des pratiques et/ou des processus par comparaison à des référentiels.

Cette démarche peut être faite par des **auditeurs externes** et être effectuée à la demande d'un établissement ou d'un service en vue d'une reconnaissance par des professionnels extérieurs à la structure. Ces audits sont généralement conduits par des sociétés de conseil ou des experts et souvent orientés sur l'organisation et sur les procédures. Un audit **interne** peut également être effectué à la demande d'une unité par des professionnels appartenant à la structure, mais n'ayant pas de responsabilité dans le secteur audité.

L'audit clinique doit être réalisé par une personne ou un organisme n'ayant pas de responsabilité dans le secteur audité. L'auditeur doit être **indépendant**.

3. LES PRÉALABLES D'UN AUDIT

3.1 Les facteurs déclencheurs

L'apparition de certains facteurs peut avoir un impact sur la qualité des soins aux patients. Il s'agit notamment de :

- ❖ situations liées à l'apparition d'infections nosocomiales;
- ❖ la volonté du gestionnaire de l'unité d'améliorer la qualité des soins;
- ❖ l'apparition de problèmes à répétition.

3.2 Les facteurs de réussite

Comme tout projet d'implantation, la réussite de la mise en œuvre d'un audit clinique repose sur un certain nombre de conditions qu'il est important de réunir :

- ❖ l'accord, le soutien et l'implication des gestionnaires de l'unité à évaluer;
- ❖ l'implication des différents membres de l'équipe soignante (les médecins, les infirmières, les préposés aux bénéficiaires, et tous les professionnels de la santé) dans la préparation rigoureuse et stratégique;
- ❖ le sujet de l'évaluation clairement défini et correspondant à une réelle préoccupation;
- ❖ des critères établis avec précision et se référant à des référentiels appropriés;
- ❖ la mise à disposition des ressources humaines, des moyens matériels et financiers;
- ❖ une présentation des résultats clairs qui mènent à des conclusions de nature à entraîner une amélioration effective de la pratique.

Les responsables du service de néonatalogie doivent prioriser les thèmes des audits selon leur connaissance des différentes problématiques et impliquer tous les acteurs clés.

3.3 La structure organisationnelle de l'audit

Les différents acteurs impliqués dans la démarche de l'audit s'organisent de la façon suivante :

Un **groupe de pilotage** pluridisciplinaire mandaté par le chef de service médical ou la gestionnaire clinico-administrative. Selon le thème de l'audit, il est constitué d'un membre du comité de la PCI, du personnel médical et paramédical (médecins, infirmières,

inhalothérapeutes) et du personnel technique (chef de service de la salubrité et de la stérilisation centrale).

Sa mission est de conduire le projet jusqu'à son terme. Ainsi, le groupe de pilotage doit :

- ✓ préciser le thème de l'audit en fonction de la demande;
- ✓ définir un objectif;
- ✓ permettre la mise en place des solutions correctives;
- ✓ élaborer un cahier des charges en fonction des ressources terrain et du contexte local;
- ✓ valider les processus issus du projet avec l'accord de l'ensemble des acteurs;
- ✓ évaluer les ressources humaines, financières et matérielles disponibles pour l'audit;
- ✓ garantir la faisabilité du projet en fonction des ressources disponibles;
- ✓ établir un calendrier et l'échéancier de l'audit et enfin, informer et rétro-informer, c'est-à-dire présenter le projet au service demandeur et diffuser les résultats.

Un **groupe de travail** (ou équipe projet) pluridisciplinaire composé de différents membres choisis par le groupe de pilotage. Il rassemble du personnel des différents services dont le nombre devrait être limité à une dizaine de personnes.

La **mission** du groupe de travail est de mettre en œuvre le projet d'audit. Concrètement, le groupe de travail :

- ✓ établit un calendrier de travail ;
- ✓ réalise le ou les instruments de mesure ;
- ✓ recueille les informations, exploite les données (saisie, analyse des données et des résultats) ;
- ✓ fait de la rétro-information au groupe de pilotage et des propositions d'action correctives.

Le **coordonnateur** de ce groupe, nommé par le groupe de pilotage, a pour rôle :

- ✓ d'animer les réunions ;
- ✓ de présenter les règles de fonctionnement du groupe ;
- ✓ de gérer les conflits et blocages au sein du groupe ;
- ✓ de faire un compte rendu de réunion et le bilan de l'avancée du travail qu'il transmet au groupe de pilotage.

Le profil de l'**auditeur** a un impact sur la qualité de réalisation de l'audit. Ainsi, celui-ci doit :

- ✓ être formé aux modalités de l'audit ;
- ✓ être indépendant ;
- ✓ opérer dans un autre secteur que son secteur de travail ;
- ✓ respecter un droit de réserve et être soumis au secret professionnel.

Son rôle est notamment de:

- ✓ planifier et confirmer ses horaires de passage dans les services ;
- ✓ vérifier qu'il possède les ressources matérielles nécessaires à l'audit ;
- ✓ réaliser les observations ;
- ✓ remettre les fiches de mesure au responsable de l'audit.

La réalisation d'un audit nécessite un travail de préparation minutieux ainsi qu'une structure organisationnelle multidisciplinaire. L'auditeur doit être formé au recueil des données et doit bien connaître le(s) référentiel(s).

4. LE DÉROULEMENT D'UN AUDIT

D'après la littérature, on distingue six grandes étapes lors de la mise en place d'un audit clinique :

1. Choix de l'orientation en fonction du thème ;
2. Choix des critères (ou constitution du référentiel);
3. Choix du type d'étude et de la méthode de mesure;
4. Recueil des données et mesure;
5. Analyse des résultats;
6. Élaboration du plan d'action, d'amélioration et de réévaluation.

4.1 Choix de l'orientation en fonction du thème de l'audit

Le **thème** de l'audit doit être pertinent, prioritaire et répondre à une réelle préoccupation de l'équipe. Le thème est choisi en fonction de la fréquence de la pratique du risque pour le patient, du potentiel d'amélioration et de l'existence de références scientifiques et professionnelles.

En néonatalogie, la littérature propose certains thèmes prioritaires dans le cadre de la lutte contre les infections nosocomiales dont notamment :

- ❖ le lavage des mains;
- ❖ la pose de cathéter;
- ❖ la pose de perfusion dans une chambre à cathéter implantable.

Cependant, d'autres thèmes devraient être proposés selon les problèmes cliniques identifiés par l'équipe en néonatalogie.

L'objectif de l'audit doit être formulé dans un langage précis, il doit être **réalisable, observable et mesurable**.

Il existe quatre types ou méthodes d'audit en fonction de l'**orientation** : l'audit de structures, de ressources, de procédures et l'audit de résultats.

Le tableau suivant décrit les différents types d'audits.

Types d'audit	Description/Orientation	Objectifs (exemple)
Audit de structures	architecture, locaux	Recenser le nombre de points d'eau
Audit de ressources	meublement, matériel, consommables	Recenser le nombre de distributeurs de savon liquide (Quantitatif) Identifier le type de distributeurs de savon liquide (Qualitatif)
Audit de procédures	<ul style="list-style-type: none">▪ Pratiques▪ Attitudes	Respect de la technique simple du lavage des mains

	▪ Connaissances	Respect d'une tenue adaptée (port de bijoux) Connaissance du protocole de lavage des mains
Audit de résultats	Référentiel défini	Pourcentage de professionnels observant le lavage des mains dans le service suivant le référentiel défini

4.2 Choix des critères (constitution du référentiel)

Le but de cette étape est d'établir la liste des critères qui vont permettre de comparer la pratique réelle et la pratique jugée optimale.

Une analyse bibliographique permet d'identifier :

- Les recommandations pour la pratique clinique ;
- Les normes internationales (ISO) ou les normes d'agrément Canada ;
- Les études scientifiques validées ;
- Les protocoles internes ou externes à l'hôpital et validés ;
- Les conférences de consensus et recommandations d'experts ;
- Les audits cliniques sur le même thème.

Les référentiels sont les outils de base de l'audit. Un programme de formation doit être lié à chacun des référentiels ce qui permet de bien appréhender les connaissances transmises. **Ce sont ces connaissances transmises qui seront évaluées lors de l'audit.** (ONT)

4.3 Choix du type d'étude et de la méthode de mesure

L'objectif de cette étape est de construire la grille de collecte de données (ou grille d'évaluation) et de définir les modalités de l'évaluation. Il existe deux approches pour le recueil des données.

L'**approche rétrospective** qui repose sur la révision des dossiers des patients. Cette approche permet d'éviter les biais liés à l'observation directe. Cependant, cette méthode a ses limites puisque les données sont parfois colligées de façon incomplète.

L'**approche prospective** fait référence à une observation directe, une entrevue ou à une autoévaluation.

Une **grille d'observation** est complétée par l'auditeur lors d'une observation directe et sans interaction avec les personnes auditées. L'observation peut induire un changement des pratiques et fausser la mesure. En contrepartie, cette approche génère souvent la mise en œuvre rapide d'actions d'amélioration de la qualité des soins.

La **grille d'entretien** est complétée par l'auditeur au cours d'une entrevue directe avec les personnes auditées.

Le **questionnaire** est rempli par la personne auditée. L'autoévaluation impose au professionnel de remplir la feuille immédiatement après le soin ou dans un délai proche du soin afin de protéger l'objectivité des données. Cette méthode permet de confiner les critères de qualité et de contribuer à la réussite du plan d'amélioration et de son suivi.

L'évaluateur doit avoir des compétences cliniques et être formé à l'utilisation de la grille de collecte de données et à l'observation. Ceci garantit l'**objectivité** et la **fiabilité** nécessaires à la mesure de la qualité de l'observation dans une approche prospective. Cette démarche sous-tend une attitude neutre sans jugement dans la pratique évaluée sachant que l'observateur est souvent un pair.

Chacune de ces méthodes a ses forces et ses faiblesses. Cependant, il existe des biais qui peuvent faire dévier l'objectif et fausser les résultats. Parmi ces biais, notons:

- ❖ L'effet Hawthorne qui est un facteur de dimension inconnue, influençant les attitudes des personnes observées en raison de la présence de l'observateur.
- ❖ L'effet Halo qui est un biais provoqué par la tendance de l'observateur à donner une cote influencée par l'impression générale que donne la personne observée.

Le tableau suivant présente les avantages et inconvénients des différents types d'audits.

Orientation de l'audit	Instrument de mesure	Présence de l'auditeur	Avantages	Inconvénients	Biais
Structures Ressources					
	Grille d'observation	Oui	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fiabilité ▪ Réponse instantanée 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consommateur de temps ▪ Gêne par le regard des autres 	
	Questionnaire	Oui/non	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ± fiable ▪ Implication des équipes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ réponse différée 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ non réponse ▪ sous-estimation
Procédures					
Pratiques	Grille d'observation	Oui	<ul style="list-style-type: none"> ▪ présence sur le site d'observation ▪ communication ▪ fiabilité ▪ réponse instantanée 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consommateur de temps ▪ Gêne par le regard des autres 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Influence de l'observateur sur le comportement de la personne auditée (effets Hawthorne et Halo)
Attitudes	Grille d'observation	Oui	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Idem précédent 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Crainte des jugements ▪ Remise en cause personnelle 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modification des attitudes
Connaissances	Grille d'observation	Oui	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fiable ▪ Rapide 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consommateur de temps ▪ Disponibilité 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modification des attitudes
	Questionnaire	Oui/non		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réponse différée 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réponses induites ▪ Renseignements complémentaires des connaissances

	Grille d'entretien	Oui	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fiable ▪ Rapide ▪ Contact humain ▪ Questions croisées 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consommateur de temps ▪ Disponibilité de l'audité 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Détournement d'informations pouvant aller jusqu'à la prévarication ▪ Mémorisation ▪ Influence de l'auditeur (effet Halo)
Résultats					
	Grille d'observation	Oui	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fiable ▪ Réponse rapide ▪ Exhaustif 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilité de l'auditeur 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Baisse de vigilance de l'auditeur ▪ Effet Hawthorne ▪ Sur ou sous-estimation

4.4 Élaboration des instruments de mesure

Après avoir effectué le **choix de l'instrument** de mesure approprié pour l'audit, l'étape suivante est l'élaboration de la fiche de collecte de donnée. Celle-ci intègre les critères sélectionnés qui permettront de valider la présence ou l'absence des éléments recherchés dans la pratique. Elle comporte plusieurs parties qui sont regroupées par domaine d'observation. Cette fiche se veut conviviale afin de faciliter le recueil des données.

En fonction du nombre de critères, on distingue :

- L'audit approfondi : nombreux critères
- L'audit simplifié (quick audit[®]) : 3 à 4 critères
- L'audit bref (very quick audit[®]) : 1 critère

Élaborée par le groupe de travail, la grille de collecte des données doit permettre d'apprécier (quantifier) de manière simple et reproductible la conformité des critères à évaluer.

Il est recommandé de **valider** cette grille sur un petit échantillon. Ceci permet de vérifier si les questions sont adaptées, cohérentes et exploitables. Au besoin, il faudra réajuster le tir et reformuler certaines questions.

Le **plan d'analyse** est réalisé en même temps que l'élaboration la grille de critères. À chacun des critères correspond un résultat attendu. C'est aussi l'opportunité de définir le seuil d'acceptabilité de chacun des critères et du type de représentation graphique souhaité. Les résultats sont présentés sous forme d'effectifs chiffrés et/ou de taux.

Le nombre de dossiers ou d'observations habituellement considéré comme suffisant pour des séries homogènes est d'environ 30 à 50 par type d'observation (par exemple 30 actes de pose de cathéter, 30 actes de lavage des mains, etc.).

Le choix de la période d'observation (jour, soir et/ou nuit) est déterminé par le groupe de travail, de même que la durée d'observation. Il n'est pas recommandé de conduire une observation au-delà de 6 à 8 semaines.

4.5 Recueil des données de mesure

La mesure qualitative sur le terrain est assurée par l'auditeur avec **objectivité** et **rigueur** selon la méthode définie au préalable (rétrospective ou prospective).

Avant de procéder à la collecte des données, il est important de réunir tous les professionnels impliqués dans l'audit (auditeurs, médecins, infirmières, etc.) et de rappeler les objectifs de l'audit (amélioration de la pratique et non-évaluation individuelle des professionnels), de préciser les modalités de l'audit telles que la période de collecte des données, le nombre de pratiques à évaluer et la manière de procéder au recueil d'information.

L'objectif de cette étape est de mesurer les critères de qualité selon **la réalité** du service audité.

5. ANALYSE DES RÉSULTATS ET ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS

L'équipe chargée de la collecte des données traite les informations recueillies et analyse les résultats de façon globale, puis critère par critère afin d'effectuer la comparaison avec les standards adoptés au préalable.

Les résultats sont présentés sous une forme graphique opposant le standard visé à la fréquence de réalisation observée, ce qui permet de mieux cerner les points acquis de ceux à améliorer.

L'interprétation des résultats permet d'identifier les causes des écarts observés qui peuvent être de nature :

- **Professionnelle** : ex. les procédures de soins hétérogènes ou inadaptées par manque de connaissance ou parce qu'elles sont mal appliquées pour diverses raisons;
- **Organisationnelle** : ex. manque de coordination dans la prise en charge du patient, souvent lié à un manque de coordination entre les différents intervenants;
- **Institutionnelle** : ex. le matériel utilisé peut être inadéquat ou mal employé ;
- **Personnelle** : ex. le personnel manque de conviction et de motivation.

Une fois l'audit réalisé, le groupe de pilotage et/ou le groupe de travail présentent les résultats globaux aux instances et service audité à l'aide d'un rapport et/ou lors d'une réunion. Ils remettent à chaque unité leurs résultats spécifiques.

Les résultats doivent être présentés à l'ensemble des membres de l'équipe puisqu'ils sont partie prenante de la démarche d'amélioration de la qualité.

6. PLAN D'ACTION D'AMÉLIORATION ET RÉÉVALUATION

Les recommandations sont basées sur les écarts constatés après l'analyse des résultats et la validation des causes des écarts par les professionnels. Les mesures correctives doivent être

hiérarchisées en fonction de la gravité des écarts et la nature des actions à mettre en œuvre. Ces informations sont contenues dans un plan d'action qui précise les moyens à mettre en œuvre, le calendrier de réalisation, le responsable de chaque action et les résultats attendus.

Le **rapport d'audit**, outre son rôle pédagogique, permet d'expliquer l'historique du projet, la démarche adoptée, les résultats obtenus, l'impact de la démarche et les difficultés.

Une **réévaluation** doit en principe être prévue rapidement surtout si les résultats de la première étude ont révélé des écarts significatifs. Cette réévaluation permet de mesurer l'impact des actions correctives en fonction des résultats. Elle peut porter sur l'ensemble des critères ou sur quelques critères ciblant un secteur à améliorer de façon prioritaire.

7. GUIDE MÉTHODOLOGIQUE

Un audit doit contenir dans son énoncé :

Les principes	Qu'est qu'on évalue? L'observance La pertinence La qualité technique
Les objectifs	Ceux-ci clairement énoncés
Les critères d'inclusion	La population étudiée Les situations évaluées
Les critères d'exclusion	Les patients exclus Les situations non évaluées
Le type d'étude	Prospective Observation directe, etc.
La période d'observation	Jour, soir, nuit
La durée de l'observation	Durant X semaines
Les situations à observer	Celles-ci clairement énoncées
Le recueil de données	Grille d'observation et sa validation
Les modalités du recueil de données	Nommer un ou des auditeurs
La taille de l'échantillon	Établir le nombre d'observations (par personnel, par période, par situation, etc.
La validation des données	Établir le taux de conformité
L'analyse des données	Établir les critères d'évaluation retenus
La diffusion des résultats	Préparer un plan de diffusion complet et accessible
Le plan d'amélioration	Établir un plan d'action

Un exemple de guide méthodologique pour le lavage des mains ainsi que la grille de collecte des données est présenté en annexe.

8. RECOMMANDATION

Compte tenu des spécificités d'un audit, nous recommandons que la Direction de la qualité et des risques soit impliquée dans cette démarche d'amélioration de la qualité et que des auditeurs formés assistent l'équipe de néonatalogie dans cette démarche.

UETMIS

Unité d'évaluation des technologies et
des modes d'intervention en santé

AUDIT
LAVAGE DES MAINS

Guide méthodologique

PRINCIPE

La qualité du lavage des mains repose sur 3 composantes soit l'observance, la pertinence et la qualité technique du lavage.

Lors de l'évaluation du lavage des mains, il sera nécessaire d'évaluer

- 1) l'**observance** qui est de vérifier que ce geste est réalisé quand il est attendu (quand ?)
- 2) la **pertinence** qui est de vérifier que le type de lavage des mains est adapté à la situation
- 3) la **qualité technique** qui est de vérifier les étapes du lavage des mains (comment ?)

OBJECTIFS

L'objectif de l'audit est de mesurer les gestes de lavage de mains lors de différentes situations de soins et d'actes techniques.

CRITÈRES D'INCLUSION

Définir la **population étudiée** : médecins, résidents, infirmiers, etc.

Définir les **situations évaluées** : manipulation des déchets, changement de couche, pose d'une voie veineuse, etc.

Définir le **type d'hygiène** : lavage simple, désinfection, etc.

CRITÈRES D'EXCLUSION

Définir les **patients exclus** : patient infecté par *C difficile*, etc.

Définir le **type d'hygiène** : désinfection chirurgicale, etc.

TYPE D'ÉTUDE

Il s'agit d'une étude prospective, par observation directe, dont les modalités d'observation sont.....

PÉRIODE D'OBSERVATION

Définir la ou les périodes : jour, soir, nuit

DURÉE D'OBSERVATION

Définir la période d'observation : 1 semaine, 2 semaines, la première semaine de chaque mois, etc.

SITUATIONS À OBSERVER

Définir les différentes situations : manipulation des déchets, changement de couche, pose de cathéters, etc.

Définir le type de lavage requis pour chacune des situations à observer

RECUEIL DES DONNÉES

Préparer une fiche d'observation incluant les directives pour bien la compléter.

MODALITÉS DU RECUEIL DE DONNÉES

Désigner 1 ou plusieurs auditeurs selon les besoins.
Établir les limites de la stratégie choisie

TAILLE DE L'ÉCHANTILLON

Établir le **nombre d'observations** : Un seuil de 30 observations est couramment utilisé. (par personnel, par période, par situation, etc.)

VALIDATION DES DONNÉES

Sous la responsabilité du responsable de l'audit, établir le taux de conformité, la validation des données recueillies, etc.

ANALYSE DES DONNÉES

Le plan d'analyse doit inclure en plus de la description des conditions de l'audit, les critères d'évaluation retenus (observance, conformité, etc.)

DIFFUSION DES RÉSULTATS

Planifier un plan de diffusion des résultats

La diffusion des résultats doit rejoindre tous les acteurs du secteur

Les points forts et les écarts entre la pratique et le référentiel doivent être clairement identifiés

PLAN D'AMÉLIORATION

Un **plan d'action** doit être élaboré afin de réduire les écarts entre la pratique et le référentiel.

Identifier les professionnels concernés

Modifier les protocoles (référentiels)

Mettre à jour la formation, etc.

Source :

Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière (GREPHH), guide méthodologique 2008

Exemple de grille d'audit sur le lavage des mains

Audit lavage des mains

Observation faite par :

Nom :

Service :

Date : JJ / MM / 201..

Heure : HH / MM a.m. p.m.

Patient en isolement ou présentant un problème infectieux

O N
U O
I N

Mains dépourvues de bijoux (bagues, alliance simple autorisée)

Poignets dépourvus de bijoux (montres, bracelets...)

Ongles dépourvus de vernis

Avant-bras dégagés

Personne observée :

- Médecin
 Résident
 Infirmière
 Infirmière auxiliaire
 Inhalothérapeute
 Préposé aux bénéficiaires
 Technologiste

Nature du soin nécessitant le lavage	Type de lavage des mains effectué et produits utilisés	Partie nettoyée	Temps de contact	Recontamination après lavage (avant le soin)
<p>Manipulation de déchets, excréta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Soin sur peau saine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Change de patient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Pose de voie centrale ou veineuse <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Injection i.v. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Pose d'une sonde urinaire à demeure <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Prise en charge d'un patient avec certaines précautions <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Autre, préciser <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Simple avec savon</p> <p>Liquide <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Pain <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Hygiénique</p> <p>Liquide <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Pain <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Désinfection</p> <p>Friction alcoolique* <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Chlorhexidine 4% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Mains <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Avant-bras <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Mains <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Avant-bras <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Mains <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Avant-bras <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>10-20 s <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>30 s <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>1 min ou plus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>10-20 s <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>30 s <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>1 min ou plus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

Source de la recommandation (référentiel) :

* avec solution hydro-alcoolique(SHA)

Sources: Guide méthodologique. L'audit en hygiène hospitalière : du concept à la réalisation. C/CLIN Paris-Nord; Audit hygiène des mains – Guide méthodologique. 2008. Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière

9. BIBLIOGRAPHIE

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). L'audit clinique : bases méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles, 1999.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) : Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : Réussir un audit clinique et son plan d'amélioration, juin 2002

Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales de l'inter-région Paris-Nord (C.CLIN Paris-Nord). Guide méthodologique - L'audit en hygiène hospitalière : du concept à la réalisation.

Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (C.CLIN). Guide méthodologique - Audit hygiène des mains : observance/pertinence. GREPHH, 2008.

Haute autorité de santé (HAS). Audit clinique ciblé, 2006.

NOS COORDONNÉES

CHU Sainte-Justine
3175 Côte Sainte-Catherine
Montréal, Québec
H3T 1C5

UETMIS

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.
Porte 8906

Téléphone: (514) 345-4931 poste 3251

