

Guide méthodologique

L'audit en hygiène hospitalière : du concept à la réalisation

GROUPE DE TRAVAIL

Coordination

*Marie-Pierre DUPANLOUP, Coordonnateur du groupe
Cadre Infirmier Hygiéniste, Centre Hospitalier de Nemours (77)*

Membres

Marlène COSTE

Cadre Infirmier Hygiéniste, Centre Hospitalier de Fresnes (94)

France DIEGHI

Cadre Infirmier Hygiéniste, Centre Hospitalier de Longjumeau (91)

Françoise GAY

Formateur, Centre Hospitalier Louise Couvé d'Aubervilliers (93)

Rosine LEROY

Cadre Infirmier Hygiéniste, Centre Hospitalier de Saint-Quentin (02)

Hélène de LIGT

Cadre Supérieur Infirmier Hygiéniste, Centre Hospitalier Paul Brousse de Villejuif (94)

Corinne MEYER

Infirmière Hygiéniste, Centre Hospitalier de Compiègne (60)

Huguette PRAT

Infirmière Hygiéniste, Centre Hospitalier de Mantes-la-Jolie (78)

Francine ROUSSEAU

Cadre Infirmier Hygiéniste, Centre Hospitalier de Dourdan (91)

Bernadette VILLAIN

Cadre Infirmier Hygiéniste, Centre Hospitalier de Provins (77)

SOUS LA DIRECTION SCIENTIFIQUE ET TECHNIQUE DU C. CLIN PARIS-NORD

Monsieur le Docteur P. ASTAGNEAU, Coordonnateur du C. CLIN Paris-Nord

Nadège BAFFOY

Pharmacien Hygiéniste

Monsieur le Professeur G. BRÜCKER, Directeur du C. CLIN Paris-Nord

Danielle FARRET

Cadre Supérieur Infirmier Hygiéniste

Patricia FELDMAN

Cadre Supérieur Infirmier Hygiéniste

Remerciements à Monsieur J.M. FESSLER, Formateur, pour la validation, la lecture et ses conseils apportés à l'élaboration de ce document.

Sommaire

1	<i>Introduction</i>	5
2	<i>Historique</i>	
	2.1 EMERGENCE D'UN CONCEPT AUX ETATS-UNIS	6
	2.2 EN FRANCE	7
3	<i>Définitions et concepts de l'audit</i>	
	3.1 DÉFINITIONS	9
	3.2 CONCEPTS	9
	3.3 CONCEPT DE L'AUDIT APPLIQUÉ À L'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE	10
4	<i>Processus général d'un audit</i>	11
5	<i>Préalables d'un audit</i>	
	5.1 FACTEURS DÉCLENCHANTS D'UN AUDIT	12
	5.2 FACTEURS DE RÉUSSITE	12
6	<i>Objectifs et types d'audit en hygiène hospitalière</i>	
	6.1 OBJECTIFS DE L'AUDIT	13
	6.2 TYPES D'AUDIT	13
	6.3 CHOIX DE L'ORIENTATION	14
	6.4 NIVEAUX D'UN AUDIT	14

7	<i>Ressources</i>	
	7.1 RESSOURCES HUMAINES	16
	7.2 RESSOURCES FINANCIÈRES	18
	7.3 RESSOURCES MATÉRIELLES ET DE STRUCTURES	18

8	<i>Organisation</i>	
	8.1 GROUPE DE PILOTAGE	19
	8.2 LE GROUPE DE TRAVAIL	21
	8.3 L'AUDITEUR	21

9	<i>Déroulement de l'audit</i>	
	9.1 CHOIX DE L'ORIENTATION EN FONCTION DU THÈME	22
	9.2 FORMULATION DES OBJECTIFS DE L'AUDIT	22
	9.3 QUALITÉS ET RÉDACTION D'UN OBJECTIF	22
	9.4 RECHERCHE D'INFORMATIONS SE RAPPORTANT AU THÈME : RÉFÉRENTIEL DE L'AUDIT	23
	9.5 CHOIX D'UN INSTRUMENT DE MESURE	23
	9.6 ELABORATION DES INSTRUMENTS DE MESURE	25
	9.7 ELABORATION DU PLAN D'ANALYSE	26
	9.8 RECUEIL DES DONNÉES	26
	9.9 SAISIE INFORMATIQUE DES DONNÉES	26
	9.10 EXPLOITATION DES DONNÉES	26
	9.11 ANALYSE DES RÉSULTATS	26
	9.12 RÉTRO-INFORMATION	27
	9.13 SUIVI / EVALUATION	27

10	<i>Conclusion</i>	28
	<i>Bibliographie</i>	29
	<i>Glossaire</i>	30
	<i>Annexes</i>	32

*Le groupe de travail adresse
tous ses remerciements aux experts
qui ont permis la maturation de la réflexion,
ainsi qu'au Comité de lecture du document.*

Avertissement,

Ce guide est réalisé dans le but d'aider les équipes dans leurs démarches d'évaluation d'une structure ou d'une procédure dans le domaine de l'hygiène hospitalière. Des exemples d'application sont cités, afin d'illustrer plus concrètement la méthode générale de l'audit. Afin de rendre la méthode plus accessible, le lavage des mains est pris comme fil conducteur, illustrant ce guide.

Introduction

Dispenser des soins de qualité est le devoir de chaque professionnel de santé.

La mise en place de référentiels, de procédures, de matériels, de produits adaptés et de formations devrait être suivie d'un processus d'évaluation de la qualité des soins. Ce concept est apparu en France à la fin des années 1970 à l'initiative des professionnels et des pouvoirs publics.

Ainsi, l'article L 710-3 de la loi du 31 juillet 1991, précise : "Afin de dispenser des soins de qualité, les établissements de santé publics et privés sont tenus de disposer de moyens adéquats et de procéder à l'évaluation de leur activité".

Ce texte est repris par l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Une Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé a été créée "pour développer l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles et mettre en œuvre la procédure d'accréditation". Elle organise la procédure d'accréditation par les pairs et l'animation des réseaux d'experts qui élaborent les référentiels d'évaluation (conférences de consensus, références médicales), à l'échelon national et local.

Cette procédure a longtemps été développée par des précurseurs ; elle était basée sur le volontariat.

Il est actuellement nécessaire et souhaitable de mettre en œuvre une politique d'évaluation des soins par des équipes de professionnels. L'évaluation des risques, dont le risque nosocomial, nécessite l'acquisition et la maîtrise de méthodes de travail pour évaluer les procédures.

L'évaluation, processus systématique, consiste à mesurer les écarts entre des objectifs prédéterminés et leur niveau de réalisation ; elle concerne les moyens mis en œuvre, les procédures utilisées et les résultats constatés. L'ensemble de ce processus peut être conduit grâce à différentes méthodes, dont l'auto-évaluation, l'audit clinique, l'audit interne ou externe.

D'autres techniques d'évaluation, que l'audit existent :

- ▶ la surveillance des infections nosocomiales par des enquêtes de prévalence ou d'incidence
- ▶ le suivi de l'antibiothérapie
- ▶ les prélèvements bactériologiques d'environnement (air, eau, surface).

2 Historique

2.1 EMERGENCE D'UN CONCEPT AUX ÉTATS-UNIS

1902 : Apparition de la notion d'évaluation des technologies médicales, à la demande du Congrès américain. Pour garantir la sécurité des produits biologiques venus sur le marché américain, le Congrès a créé l'ancêtre de la F.D.A. (Food and Drug Administration) grâce à l'intervention du gouvernement fédéral.

Entre **1938** et **1982**, cette procédure est renforcée.

1970 : Aux États-Unis, les pratiques d'évaluation se développent : J.E. WENBERG est le premier à souligner que les variations dans la pratique clinique apparaissent lorsqu'il n'y a pas d'accord sur les attitudes à respecter pour diagnostiquer, traiter ou prévenir.

1972 : Création des Professional Standard Review Organisations (PSRO) par le congrès des États-Unis. Ces PSRO sont composées de médecins et d'administrateurs de la santé.

1976 : Création de l'autorisation préalable de mise sur le marché des matériels médicaux. Mission : développer et mettre en œuvre les normes de soins et les stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus fréquentes.

1982 : Les PSRO sont remplacées par les Peer Review Organisations (PRO) composées de médecins chargés de l'évaluation des soins donnés aux malades inclus dans les programmes « MEDICARE ».

1989 : L'Agency for Health Care Policy and Research (AHCP) est créée avec mission de contribuer à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des services de soins par le développement de recommandations.

Entre 1992 et 1993, l'AHCP a publié 6 recommandations de bonnes pratiques cliniques sur la prise en charge de la douleur aiguë, l'incontinence urinaire chez l'adulte, les escarres, la cataracte, la dépression (recommandations en médecine de ville), la drépanocytose chez les nouveau-nés.

D'autres pays développent des démarches de même nature, notamment le Canada, les Pays-Bas, la Grande-Bretagne, l'Allemagne, l'Espagne, l'Australie.

2.2 EN FRANCE

L'évaluation est un principe que les entreprises ont cherché à développer pour améliorer leur production. Pendant la période du taylorisme, elle fut surtout quantitative, puis face à la concurrence, elle est devenue qualitative. C'est à la fin des années 1970 que le concept se développe à l'initiative des professionnels de la santé et des pouvoirs publics, car les missions de l'hôpital le nécessitent.

La politique de participation, mise en œuvre pour l'appliquer, montre des effets et des résultats supérieurs à ceux de l'ancien modèle.

La démarche qualitative se développe peu à peu dans tous les domaines et entre dans la sphère "SANTÉ".

Des décisions institutionnelles importantes sont prises pour créer :

- ▶ les autorisations de mise sur le marché (AMM) pour les médicaments ;
- ▶ les tableaux statistiques de l'activité des praticiens (TSAP) ;
- ▶ le Comité d'Evaluation et de Diffusion des Innovations Technologiques (CEDIT) au sein de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, en 1982 ;
- ▶ le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) lancé en 1982 sur le territoire national. Il suivait une note d'orientation de la Direction des Hôpitaux de 1981 et dont le principe fut acquis en 1985 par l'arrêté du 3 octobre ;
- ▶ la loi n°84.5 du 31 janvier 1984, instituant la production annuelle par la Commission Médicale Consultative, d'un rapport sur l'évaluation de la qualité des soins dispensés dans chaque établissement ;
- ▶ l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM) en septembre 1989, faisant suite aux rapports Papiernik de 1985 et d'Armogathe de 1989. Six domaines ont été abordés dans le cadre de l'Assurance Qualité : le dossier du patient, la sécurité transfusionnelle, la prise en charge de la violence, la sécurité anesthésique, les infections nosocomiales, la dispensation unitaire. Treize thèmes ont été traités dans le domaine de l'évaluation des pratiques professionnelles dont : pose et surveillance de sondes urinaires, utilisation et surveillance des chambres implantables, prévention d'escarres, prescription des examens pré-opératoires.

Des dates clés peuvent être rappelées :

En octobre 1981, dans le domaine des soins infirmiers, Marie-Thérèse Breuil publie dans la revue Soins Chirurgie, un article sur la qualité des soins infirmiers en cas d'infection chirurgicale.

1984 : Recommandation n° R (84) 20 du Conseil de l'Europe qui "recommande aux gouvernements des Etats membres, en poursuivant leurs efforts pour donner pleine application à la Résolution (72) 31, de favoriser par tous les moyens la mise en œuvre de la stratégie – pour la prévention de l'infection hospitalière – contenue dans l'annexe à la présente recom-

mandation et de coopérer dans le cadre du Conseil de l'Europe afin de seconder les Etats qui le demandent et ce notamment par l'organisation de cours périodiques de formation en hygiène hospitalière pour toutes les catégories de personnel”.

En 1986, sous l'impulsion du Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité et de la Direction des Hôpitaux, des évaluations de pratiques de soins sont réalisées par des groupes régionaux d'infirmières. De ces expériences, résulte le guide numéro 4 du Service des Soins Infirmiers "L'évaluation de la qualité des soins infirmiers des services hospitaliers", publié en 1987 par la Direction des Hôpitaux, du Ministère de la Santé.

1991 : le concept de l'évaluation est inscrit dans la loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière (articles L710-4, L710-5, L710-6 et L710-6.1 du Code de la Santé Publique).

1996 : l'Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 - portant réforme de l'hospitalisation publique et privée - précise :

- ▶ dans le titre I^{er}, article 1^{er} : les droits des malades, et notamment, la qualité de la prise en charge des patients
- ▶ dans le titre II, article 2 : l'évaluation, l'accréditation et l'analyse de l'activité des établissements de santé.

Ce texte porte création de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES).

L'ANAES⁽¹⁾ a, entre autres, pour missions :

- ▶ de favoriser le développement de l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles, tant au niveau des établissements de santé publics et privés que dans le cadre de l'exercice libéral ; l'élaboration, la diffusion et la validation des méthodes d'évaluation et l'élaboration, ainsi que la validation de recommandations de bonnes pratiques cliniques et de références médicales et professionnelles ;
- ▶ de mettre en œuvre la procédure d'accréditation de ces établissements de santé, et notamment par l'élaboration ou la validation de référentiels fondés sur des critères multiples et leur diffusion.

⁽¹⁾ Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, 159, rue Nationale, 75013 Paris.

3 Définitions et concepts de l'audit

3.1 DÉFINITIONS

Dictionnaire HACHETTE (1982)

“Fonction destinée à contrôler au niveau de diverses instances de conceptions et d'exécutions d'une entreprise, la bonne gestion et la sauvegarde du patrimoine financier et l'application correcte des décisions prises.”

Dictionnaire LAROUSSE (1995)

“De l'anglais et du latin "auditor". Procédure consistant à s'assurer du caractère complet, sincère et régulier des comptes d'une entreprise, à s'en porter garant auprès des divers partenaires intéressés d'une forme, et plus généralement à porter un jugement sur la qualité et la rigueur de sa gestion.”

O.M.S. (1986)

“Procédure scientifique et systématique visant à déterminer dans quelle mesure une action ou un ensemble d'actions atteignent avec succès un ou des objectifs préalablement fixés.”

3.2 CONCEPTS

Audit clinique : méthode d'évaluation qui permet, à l'aide de critères déterminés, de comparer les pratiques de soins à des références admises en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats de soins, avec l'objectif de les améliorer [ANDEM (1994)].

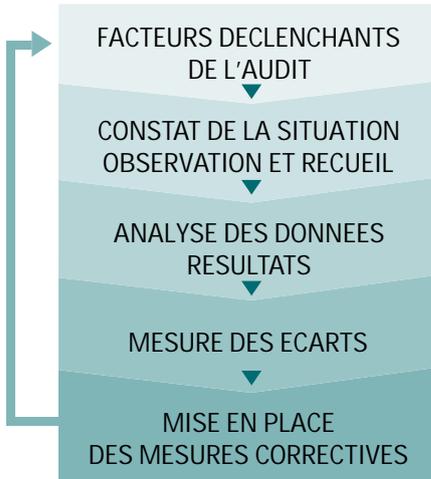
Audit qualité : examen méthodique et indépendant en vue de déterminer si les activités et résultats relatifs à la qualité satisfont aux dispositions pré-établies et si ces dispositions sont mises en œuvre de façon effective et sont aptes à atteindre les objectifs [ISO 8402 (1994)].

Audit : méthode d'évaluation utilisant un référentiel et qui permet la description suivie d'une analyse aboutissant à des propositions ou des recommandations. Il est réalisé par une personne ou un organisme n'assurant pas de responsabilité dans le secteur intéressé (“Le guide des principaux termes : évaluation, qualité, sécurité dans le domaine de la santé”, 1997).

3.3 CONCEPT DE L'AUDIT APPLIQUÉ À L'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE

C'est un examen méthodique et indépendant, qui analyse une situation relative à l'hygiène hospitalière (une structure, une organisation, une technique de soins, un produit). Un audit global ou spécifique est une démarche, une méthode d'analyse, qui doit obéir à une objectivité et à une méthodologie rigoureuse. Il permet d'évaluer la qualité d'un processus de soins et l'application des bonnes pratiques en hygiène hospitalière selon les objectifs prédéterminés par rapport à un référentiel. Il participe à une démarche d'assurance qualité, qui est "un ensemble d'actions préétablies et systématiques nécessaires pour donner la confiance appropriée en ce qu'un produit ou service satisfait aux exigences données relatives à la qualité" (ANDEM, 1996).

4 Processus général d'un audit



Remarque : les audits les mieux réussis sont prévus dans un plan d'audit. Un audit mis en place sur des problèmes aigus est toujours difficile à conduire.

ETAPES D'UN AUDIT



5 *Préalables d'un audit*

Une phase de réflexion et d'analyse de la situation est indispensable pour évaluer la pertinence d'un audit pour le problème évoqué. La stratégie de mise en place est fondamentale dans la réalisation optimale d'un audit. La dimension de mobilisation et d'information des décideurs et des différents intervenants sera fonction de la finalité ou du but poursuivi. Après avoir identifié les éléments déclenchant un audit, il est nécessaire d'envisager les facteurs qui conduiront à sa réussite.

5.1 FACTEURS DÉCLENCHANTS D'UN AUDIT

L'audit peut être déclenché après identification de certains facteurs, dont :

- ▶ Problèmes à répétition (ex. rupture du stock d'essuie-mains)
- ▶ Gravité d'une situation (ex. épidémie de Staphylocoques dorés résistants à la méticilline)
- ▶ Changement d'orientation économique (ex. changement de savons)
- ▶ Amélioration de la qualité des soins (ex. adéquation entre type de lavage des mains et actes de soins)
- ▶ Projet d'établissement ou de service (ex. mise en place complète de lavabos équipés)

5.2 FACTEURS DE RÉUSSITE

Implication

Si le directeur de l'établissement n'est pas le demandeur, il est nécessaire de solliciter son accord et d'obtenir son soutien. L'audit est un instrument majeur d'aide à la décision, car il constitue un des moyens d'information qui permet de réduire l'incertitude des connaissances, à un moment donné. Il doit répondre à un besoin réel.

Organisation

La bonne réalisation de celui-ci sera fonction du temps de réflexion des différents acteurs motivés, dans la préparation rigoureuse et stratégique. Il est nécessaire que les étapes préparatoires présentées dans ce document soient organisées, planifiées, gérées et financées.

Communication

La réalisation, qui demande des qualités relationnelles et professionnelles des auditeurs, ne peut se faire que si cette première étape est correctement pensée. Ces étapes doivent être formalisées dans un document écrit. L'audit doit être conduit suivant une méthodologie rigoureuse. Une communication sans faille entre tous les acteurs est indispensable.

6 Objectifs et types d'audit en hygiène hospitalière

L'audit est tributaire des objectifs, des contraintes, et des ressources du terrain. Selon l'ampleur du projet, l'audit se déroulera sur une période variant, d'une journée à plusieurs mois.

Cette démarche peut être :

- ▶ globale lorsqu'elle s'inscrit dans une démarche d'assurance qualité au niveau de l'établissement
- ▶ restreinte et limitée à un service, un site, une catégorie de soins.

En fonction du thème prédéfini, il ne doit mobiliser les acteurs de santé que dans un but précis et réaliste.

6.1 OBJECTIFS DE L'AUDIT

Objectifs principaux

- ▶ Mesurer l'observance de l'application de bonnes pratiques en hygiène hospitalière
- ▶ Promouvoir, améliorer, garantir la qualité des soins en hygiène hospitalière
- ▶ Prévenir et gérer les risques infectieux
- ▶ Participer à la lutte contre les infections nosocomiales

Objectifs secondaires

- ▶ Sensibiliser le personnel
- ▶ Valoriser l'activité des professionnels de soins

6.2 TYPES D'AUDIT

Les audits mis en œuvre dans les établissements de soins peuvent être de deux ordres, en fonction du réalisateur de l'audit.

Audit "externe" à l'hôpital : Audit, effectué à la demande d'un établissement ou d'un service en vue d'une reconnaissance externe, par des professionnels extérieurs à la structure. Conduit par des sociétés de conseil, ou des experts, et orienté sur l'organisation et les procédures. Ce type d'audit n'est pas abordé dans ce document.

Audit "interne" à l'hôpital : Audit, effectué à la demande d'un établisse-

ment ou d'un service à usage interne, par des professionnels appartenant à la structure, mais n'ayant pas de responsabilité dans le secteur audité. L'audit interne peut être ou peut s'intégrer au sein :

- ▶ d'un projet d'établissement
- ▶ d'un projet de service
- ▶ de projets transversaux de départements (interservices) ou de secteurs (interhôpitaux).

6.3 CHOIX DE L'ORIENTATION

En hygiène hospitalière, l'orientation du travail est choisie selon le type d'audit retenu. On dispose communément de différents moyens d'évaluation utilisables pour réaliser un audit interne, suivant le modèle de Donabedian. Deux aspects peuvent être considérés : qualitatif et quantitatif en fonction de l'orientation définie.

▶ **Audit de structures** : orienté sur l'architecture, les locaux.

Ex. : évaluation du nombre de postes de lavage des mains dans un service

▶ **Audit de ressources** : orienté sur le mobilier, le matériel, les consommables. Ex. : évaluation du nombre de distributeurs de savon liquide dans les postes de soins

▶ **Audit de procédures** :

- Pratiques ; Ex. : Respect du temps de réalisation du lavage antiseptique des mains avec un produit adapté

- Attitudes ; Ex. : Respect d'une tenue adaptée

- Connaissances ; Ex. : Connaissance du protocole de lavage des mains

▶ **Audit de résultats** ; Ex. : % de professionnels observant un lavage des mains dans un service suivant les référentiels définis

L'audit peut avoir une orientation simple avec un item (ex. ressources), ou une orientation mixte (ex. : ressources et résultats).

6.4 NIVEAUX D'UN AUDIT

Le nombre de critères retenus détermine le niveau de l'audit.

- ▶ Audit approfondi : nombreux critères
- ▶ Audit simplifié (quick audit®) : 3 à 4 critères
- ▶ Audit bref (very quick audit®) : 1 critère

Un exemple est cité ci-après, à travers le lavage des mains.

Cas concret

Objectif : Evaluer le respect du lavage simple des mains par l'ensemble du personnel (médecin, infirmière, aide-soignante, agent hospitalier, intervenant extérieur), en service de soins, sur l'ensemble de l'établissement ou dans un service.

Niveau de l'évaluation	Niveau de l'audit	Orientation	Objectif (exemples)	Critère (exemples)	
Local (service)	Audit approfondi	Structures	<ul style="list-style-type: none"> Recenser le nombre de points d'eau 	Il existe un point d'eau <ul style="list-style-type: none"> par chambre de patient par poste de soins 	
		Ressources	Quantitatif : <ul style="list-style-type: none"> Recenser le nombre de distributeurs de savon liquide 	<ul style="list-style-type: none"> Le point d'eau est muni de distributeur de savon liquide Le savon liquide est présent dans les distributeurs 	
Qualitatif : <ul style="list-style-type: none"> Identifier le type de distributeurs de savon liquide 			<ul style="list-style-type: none"> Le distributeur est fonctionnel Le distributeur observé est à commande non manuelle 		
Procédures		Pratiques : <ul style="list-style-type: none"> Respecter la technique simple du lavage des mains 	La personne observée <ul style="list-style-type: none"> se mouille : <ul style="list-style-type: none"> les mains les poignets prend une dose de savon liquide 		
		Attitudes : <ul style="list-style-type: none"> Respecter le préalable au lavage des mains 	<ul style="list-style-type: none"> La personne observée ne porte pas de bijoux Elle n'a pas de vernis 		
		Connaissances : <ul style="list-style-type: none"> Connaître le contenu du protocole du lavage des mains 	<ul style="list-style-type: none"> Le personnel observé décline les différentes étapes du lavage des mains 		
Idem		Audit simplifié (Quick audit®)	Simple ou mixte	Simple ou mixte	3 à 4 critères retenus
				1 seul observé	1 seule cible

7 Ressources

Lorsque les préalables ont été fixés et que le type d'audit, l'orientation et le niveau de l'audit ont été choisis, il est nécessaire de recenser les ressources humaines, financières et matérielles indispensables au bon déroulement de celui-ci.

7.1 RESSOURCES HUMAINES

7.1.1 Les différents intervenants

De nombreuses personnes interviennent à partir du moment où une demande est exprimée, jusqu'à la réalisation et l'analyse des résultats de l'audit. Pour cela et avant d'entreprendre une démarche d'audit, il convient de s'assurer des moyens humains nécessaires dans les différentes étapes de sa réalisation.

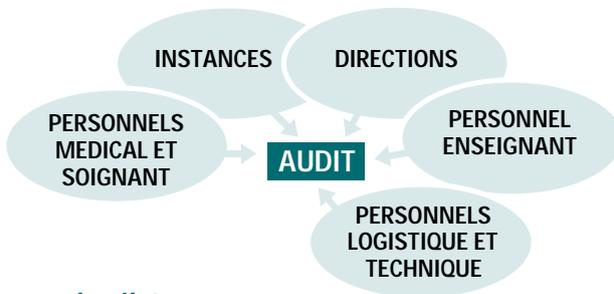
- ▶ **Le demandeur** : toute personne ou toute direction ou toute instance (Comité Médical d'Établissement (CME), Comité Consultatif Médical (CCM), Comité local du Service des Soins Infirmiers (CSSI), Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT), Comité Technique d'Établissement (CTE), Conseil d'administration, Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN)) qui exprime un besoin ou qui soulève un problème.
- ▶ **Le décideur** : personne qui a le pouvoir de dire oui et de fournir les moyens de mettre en pratique l'audit lui-même et ses mesures correctives (directeur de l'établissement, directeur des services économiques, directeur des soins infirmiers, président de CLIN)
- ▶ **Les auditeurs** : personne(s) extérieure(s) au service qui va(vont) réaliser l'audit et pouvant être :
 - ▶ Equipe opérationnelle d'hygiène
 - ▶ Référents en hygiène (médecins, pharmaciens, infirmiers, cadres, personnel médico-technique)
 - ▶ Etudiants et stagiaires (étudiants en soins infirmiers, internes, externes en pharmacie...) dans le cadre de leur travaux.
- ▶ **Les autres intervenants** : personnes qui participent à différents moments de l'audit, sur le plan logistique :

- ▶ Secrétariat
- ▶ Personnel chargé de communication
- ▶ Personnel du service de la formation
- ▶ Personnel de la reprographie

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

- ▶ Un groupe de pilotage
- ▶ Un groupe de travail
- ▶ Un ou des auditeur(s)

En fonction de la situation et des domaines de compétence, l'audit sera à l'initiative d'un demandeur et nécessitera une coordination entre l'ensemble des membres de l'établissement : tout le personnel hospitalier est concerné.



7.1.2 Le groupe de pilotage

Ce groupe est mandaté par le directeur de l'établissement. Il est pluridisciplinaire et est constitué selon le thème retenu : des décideurs, des experts dans le domaine étudié, du personnel médical et paramédical et du personnel logistique et technique. La mission du groupe de pilotage est de **conduire le projet jusqu'à son terme**.

7.1.3 Le groupe de travail

Ce groupe est constitué par le groupe de pilotage. Il est pluridisciplinaire et rassemble du personnel des différents services. Pour un bon fonctionnement du groupe, le nombre de membres est limité à une dizaine de personnes volontaires. Au sein du groupe, chacun assume une mission précise en fonction de ses compétences, des objectifs et du calendrier fixé.

Ce groupe comportera **au minimum** et en fonction du thème retenu :

- ▶ le cadre hygiéniste
 - ▶ un autre membre du CLIN
 - ▶ un praticien en hygiène ou sensibilisé à l'hygiène, dans le cadre d'un audit médical ou d'une collaboration
 - ▶ un représentant de la DSSI, autre que le cadre hygiéniste (le directeur des soins ou un cadre expert)
 - ▶ un ou des référents en hygiène (soignants ou médicaux en fonction des thèmes de l'audit).
 - ▶ un ingénieur biomédical ou un ingénieur du service technique et/ou un représentant des services logistiques et/ou techniques et/ou économiques.
- La mission du groupe de travail est de **mettre en œuvre le projet**.

7.1.4 L'auditeur

L'auditeur est la "cheville ouvrière" de l'audit. Il est formé aux modalités de l'audit. Afin de préserver la neutralité et l'objectivité de l'audit, il est souhaitable que l'auditeur opère dans un autre secteur que son secteur de travail ; il est indépendant. L'auditeur respecte un droit de réserve (hors du groupe de travail) sur les informations recueillies et sur ses impressions personnelles. Il reste soumis au secret professionnel.

L'auditeur ne donne pas connaissance aux audités de la grille d'audit afin d'éviter un biais dans les réponses ou les comportements, induit par la connaissance des questions.

Le profil de l'auditeur intervient dans la qualité de réalisation de l'audit. Des capacités relationnelles, organisationnelles et professionnelles sont nécessaires à l'auditeur : objectivité, neutralité, rigueur, sens de l'observation, motivation, disponibilité, respect de l'éthique. Il doit avoir une présentation correcte et une attitude positive. Il doit également être ponctuel et méthodique.

7.2 RESSOURCES FINANCIÈRES

Avant le début de la démarche d'audit, un projet de budget est réalisé, si nécessaire et selon l'orientation de l'audit, pour :

- ▶ permettre la vie logistique de cet audit et surtout prévoir la possibilité de mise en place d'éléments de correction, si des écarts sont quantifiés,
- ▶ doit être présenté au service économique pour accord.

7.3 RESSOURCES MATÉRIELLES ET DE STRUCTURES

Afin de réaliser l'audit dans de bonnes conditions, plusieurs types de matériels sont nécessaires :

- ▶ Matériel pour le recueil des données
 - Grille d'audit : fiche standardisée pour le recueil des données.
- ▶ Outil informatique et logiciel adapté
 - Micro-ordinateur et logiciel d'analyse

Dans certains domaines et pour les études impliquant des données nominatives, des personnes auditées, une demande d'avis et accord de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL⁽¹⁾) est obligatoire.
- ▶ Outils de communication
 - Téléphone, rétro-projecteur, etc...
 - Papier
- ▶ Diffusion des informations
 - Rapport d'analyse
 - Locaux, salles de réunion...

⁽¹⁾ Commission Nationale Informatique et Libertés, 21, rue St-Guillaume, 75340 Paris Cedex 07 (3615 CNIL)

8 Organisation

8.1 GROUPE DE PILOTAGE

8.1.1 Missions

Missions	Actions
1. Préciser le thème en fonction de la demande	Ex. : lavage des mains
2. Définir un objectif	Ex. : évaluer le nombre de professionnels respectant le lavage des mains, en réanimation
3. Permettre la mise en place des solutions correctives	Réaliser un projet de budget, permettant la mise en place d'éléments de correction (ex. : distributeurs de savon) Avoir l'accord des décideurs : - Financiers - Chef de service
4. Elaborer le cahier des charges *	Suivant les ressources *
5. Valider les processus issus du projet	Accord de l'ensemble des acteurs
6. Evaluer les ressources	Locaux, matériels et personnes disponibles pour l'audit
7. Garantir la faisabilité du projet	Lieu, temps, matériel, personnes...
8. Décider de la réalisation	Définir le calendrier et l'échéancier
9. Informer - rétro-informer	Présenter le projet dans le service et rendre les résultats

* *Elaboration du cahier des charges*

La rédaction du cahier des charges tiendra compte des ressources du terrain et du contexte local. Il comporte :

- ▶ La justification de l'audit
- ▶ Le ou les objectifs précis de l'audit
- ▶ La population auditée : elle peut être totale (ensemble des personnels de l'établissement ou d'un service) ou partielle (en nécessitant la réalisation d'un échantillon statistiquement représentatif). L'aide d'un statisticien ou du Département d'Informatique Médicale de l'établissement est souhaitable pour le calcul du nombre de sujets nécessaires et le tirage au sort des personnes parmi les listes des membres du personnel, grâce à une liste de nombres au hasard.
- ▶ Les recommandations générales pour mener à bien l'audit en fonction des ressources du terrain
- ▶ La répartition des tâches

- ▶ Le calendrier (planification, durée d'observation)
- ▶ Les méthodes d'analyse des données
- ▶ Les engagements à mettre en place, les mesures proposées (certains cahiers des charges intègrent l'engagement de la mise en place des mesures correctives).

8.1.2 Actions du groupe de pilotage

Concrètement, le groupe de pilotage doit réaliser les tâches suivantes :

- ▶ Identifier et solliciter les personnes compétentes internes ou externes à l'établissement
- ▶ Présenter le projet aux services concernés (voir 8.1.3), aux différentes instances (Comité de lutte contre les infections nosocomiales...) et aux membres du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ou au Comité Technique d'Etablissement (C.T.E.), si les résultats de l'audit peuvent influencer sur les conditions de travail
- ▶ Constituer un groupe de travail (8 à 10 personnes pour un bon fonctionnement)
- ▶ Désigner le coordonnateur de ce groupe
- ▶ Elaborer le calendrier de réalisation du projet global
- ▶ Communiquer le cahier des charges aux demandeurs et décideurs
- ▶ Suivre l'avancement de l'audit
- ▶ Gérer les difficultés ou obstacles au bon déroulement du travail
- ▶ Vérifier l'avancée et le respect des engagements pris.

8.1.3 Présentation de l'audit aux services observés

Afin de mener à bien un audit, il est impératif d'avoir une démarche stratégique :

Objectifs	Actions
S'assurer que le projet est connu	- Informer les instances officielles (CLIN, CME, CCM, CSSI) (CHSCT, suivant le thème)
Se faire connaître Appréhender le contexte	- Prendre un rendez-vous avec le chef de service et les responsables de l'encadrement - S'entretenir avec l'encadrement - Préparer l'entretien par un exposé clair et synthétique - Identifier des résistances possibles
Préparer les réunions d'information aux équipes	- Elaborer les modalités de la séance d'information avec le cadre de l'unité - Organiser la séance d'information - Regrouper le maximum de personnel concerné par l'évaluation - Choisir un lieu adapté et des horaires propices aux échanges
Informers les personnes observées	- Présenter le déroulement de l'audit en s'appuyant sur le cahier des charges - Fixer la date prévisionnelle de l'enquête. - Présenter l'échéancier
Sécuriser	- Garantir l'anonymat des personnes auditées - Présenter l'audit comme un outil de progrès et de reconnaissance de la profession
Susciter l'adhésion	- Valoriser le choix du service - Laisser entrevoir les bénéfices et les améliorations possibles
S'engager à présenter les résultats	- Echanger avec les équipes - Respecter l'échéancier

8.2 LE GROUPE DE TRAVAIL

8.2.1 Missions

Les missions attribuées au groupe de travail sont les suivantes :

- ▶ Etablir un calendrier de travail
- ▶ Réaliser le ou les instruments de mesure
- ▶ Recueillir les informations
- ▶ Exploiter les données :
 - saisie
 - analyse des données et des résultats
- ▶ Faire la rétro-information au groupe de pilotage
- ▶ Faire des propositions d'actions correctives

8.2.2 Rôle de l'animateur du groupe de travail

Le groupe de travail est composé des différents membres choisis par le groupe de pilotage, dont l'un est l'animateur. Celui-ci est issu du groupe de travail et coordonne les réunions, présente les règles de fonctionnement du groupe (horaire, temps de travail, assiduité), précise si besoin les objectifs. Son rôle est également de faciliter l'expression de tous les participants, de gérer les conflits et les blocages au sein du groupe, de proposer des méthodes de travail adaptées. A la fin de chaque réunion, il fait le bilan de l'avancée du travail et établit un compte-rendu qu'il transmet à la direction du groupe de pilotage.

8.3 L'AUDITEUR

Avant et au cours de l'audit, l'auditeur doit remplir différentes tâches.

Avant l'audit, il :

- ▶ possède les objectifs écrits,
- ▶ est formé au recueil des données et connaît le référentiel,
- ▶ confirme la veille du passage dans les services, le rendez-vous auprès des correspondants médical et infirmier,
- ▶ vérifie qu'il dispose de l'ensemble du matériel nécessaire pour enquêter (planning de passage, annexes, réserve de fiches, crayon de papier, gomme).

Le(s) jour(s) de l'enquête, il :

- ▶ est libéré de toute autre obligation par son responsable hiérarchique,
- ▶ respecte les horaires de passage prévus dans le service,
- ▶ se présente aux responsables du service,
- ▶ complète les fiches de façon lisible, au crayon de papier (proscrire le stylo feutre, éviter ratures et surcharges),
- ▶ transmet l'ensemble des fiches et aide le coordonnateur à la validation et la saisie des données, en fin de journée.

9 Déroulement de l'audit

9.1 CHOIX DE L'ORIENTATION EN FONCTION DU THÈME

L'orientation de l'audit est définie à partir de la demande du groupe de pilotage. Le choix peut se porter sur un audit de structures, de ressources (personnes, matériel), de procédures (connaissances, attitudes, pratiques) et/ou de résultats.

L'audit peut inclure une orientation simple avec un item (ex. : ressources) ou des orientations mixtes avec plusieurs items (ex. : ressources et procédures).

9.2 FORMULATION DES OBJECTIFS DE L'AUDIT

À partir de l'orientation définie, le groupe de travail détermine des objectifs spécifiques à l'audit.

Exemple

Orientation : Audit des ressources

Objectif : Recenser le nombre de distributeurs d'essuie-mains à usage unique dans l'établissement

9.3 QUALITÉS ET RÉDACTION D'UN OBJECTIF

L'objectif doit répondre à certaines qualités dans sa formulation et lors de sa rédaction.

9.3.1 Qualités requises pour un objectif

Qualité	Explication
Précis	Le langage utilisé pour poser les objectifs doit être sans équivoque (utiliser un verbe d'action)
Réalisable	L'activité demandée doit être faisable dans un temps donné avec des moyens donnés en personnel et matériel.
Observable	On doit pouvoir suivre la démarche pour atteindre l'objectif.
Mesurable	Doit comporter l'indication du niveau de performance.

9.3.2 Rédaction de l'objectif

La rédaction de l'objectif tient compte de :

Nature	Formulation
L'activité	Mise en valeur par l'utilisation d'un verbe d'action
Le contenu	Précisant la matière sur laquelle pose l'objectif de façon univoque, et sans interprétation possible
La condition	Indique dans quelle situation le comportement doit s'observer

Des exemples sont présentés dans le chapitre 9.5 "Choix de l'instrument de mesure".

9.4 RECHERCHE D'INFORMATIONS SE RAPPORTANT AU THÈME : RÉFÉRENTIEL DE L'AUDIT

Le groupe de travail doit rechercher les sources d'information concernant le sujet de l'audit, pouvant être utilisées :

- ▶ Référentiel recherché (s'il existe) ou élaboré à partir de documents prouvés et validés
- ▶ Bibliographie des travaux les plus récents et les plus représentatifs
- ▶ Recherche et consultation des personnes ressources

Le référentiel est choisi par ordre de priorité à travers :

1 - Textes de lois et textes réglementaires	<ul style="list-style-type: none"> • Directives européennes • Lois • Ordonnances ministérielles • Décrets 	<ul style="list-style-type: none"> • Arrêtés • Circulaires • Code de la santé publique • Code du travail
2 - Normes	<ul style="list-style-type: none"> • Internationales (ISO) • Européennes (CE) 	<ul style="list-style-type: none"> • Françaises (AFNOR)
3 - Conférences de consensus		
4 - Etudes scientifiques validées		
5 - Recommandations d'experts		
6 - Publications professionnelles après lecture critique		
7 - Protocoles validés		

9.5 CHOIX D'UN INSTRUMENT DE MESURE

Le ou les outils est(sont) retenu(s) par le groupe de travail en fonction de l'orientation de départ et de l'objectif fixé. Plusieurs types d'instruments de

mesures ou fiches standardisées sont disponibles :

- ▶ **La grille d'observation** : complétée lors d'une observation directe par l'auditeur, sans interaction avec les personnes auditées
- ▶ **La grille d'entretien** : complétée au cours d'une interview directe avec la ou les personne(s) auditées
- ▶ **Le questionnaire** : adressé par courrier ou par fax et complété par la personne auditée (et non par l'auditeur).

9.5.1 Avantages, inconvénients, biais

Dans l'utilisation de tout type d'outil de mesure, il existe des biais qui peuvent faire dévier de l'objectif et fausser les résultats. Ils sont présentés dans le tableau suivant.

Deux types de biais sont connus :

- ▶ 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 est un biais provoqué par la tendance de l'observateur à donner une cote influencée par l'impression générale que donne la personne observée.

Orientation	Instrument de mesure	Présence de l'auditeur	Avantage	Inconvénient	Biais
STRUCTURES RESSOURCES					
	Grille d'observation	Oui	<ul style="list-style-type: none"> • fiable • 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 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'audit 	<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		<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

9.6 ELABORATION DES INSTRUMENTS DE MESURE

9.6.1 Choix des critères

Un critère est un élément qui permet de juger et de mesurer les écarts entre ce qui est fait et ce qui est souhaité (norme). Le groupe de travail doit choisir un ou des critère(s) répondant à certaines qualités (ANDEM, 1994).

Qualité	Application
Valide	Doit mesurer ce qui doit l'être
Mesurable ou quantifiable	Pour fournir une appréciation
Fiable	Pas de subjectivité possible (apte à mesure précise et reproductible)
Sensible	Permet de mesurer des variations même extrêmes
Applicable	Réaliste, non utopique
Spécifique	Mesure une seule chose à la fois

9.6.2 Création de l'instrument de mesure

Afin de faciliter la réalisation de l'audit, le groupe de travail doit veiller à construire l'instrument de mesure avec un énoncé simple et aisément compréhensible.

Forme

La grille doit comporter une entête de page comprenant :

- ▶ Le titre
- ▶ La date
- ▶ Le lieu de l'audit, le nom de l'auditeur
- ▶ Les critères de l'audit et leur espace de codage

Formulation des critères

- ▶ Utiliser des termes simples formulés sur un mode affirmatif et/ou interrogatif
- ▶ Toujours formuler positivement
- ▶ Eliminer les questions ouvertes (excepté en entretien)
- ▶ Limiter le nombre de critères
- ▶ Permettre une pondération des réponses (oui, non, non adapté)
- ▶ Eviter les critères redondants (sauf vérification de la cohérence d'une réponse)

Présentation

- ▶ Découper la grille en domaines d'observation permettant une présentation structurée des critères (cf. annexes)
- ▶ Présenter de façon agréable et homogène de façon à rendre le remplissage aisé, simple et rapide
- ▶ Utiliser de façon préférentielle un papier de couleur afin de :
- ▶ Différencier les lieux d'audit
- ▶ Faciliter le repérage

9.6.3 Test de l'instrument de mesure

Cette phase permet de valider la grille construite et de la réajuster si nécessaire. Pour cela, le groupe de travail doit :

- ▶ Faire lire la grille élaborée par une ou plusieurs personnes ne faisant pas partie du groupe de travail afin de vérifier la compréhension de la grille,
- ▶ Effectuer à la suite de cette lecture, un réajustement dans la formulation des questions si nécessaire,

- ▶ Tester l'instrument de mesure sur le terrain auprès d'un échantillon de la population visée afin de vérifier si les questions sont adaptées, cohérentes et exploitables.

9.7 ELABORATION DU PLAN D'ANALYSE

Le plan d'analyse est réalisé en même temps que l'élaboration des grilles de critères. A un critère correspond un résultat attendu. Le seuil d'acceptabilité de chacun des critères est décidé. Le type de représentation graphique est négocié. Les résultats sont présentés sous formes d'effectifs chiffrés et/ou de taux.

9.8 RECUEIL DES DONNÉES

Il est effectué par l'auditeur selon la méthode définie au préalable.

9.9 SAISIE INFORMATIQUE DES DONNÉES

Dans le cadre d'un audit visant à évaluer différents critères de façon quantitative, la saisie informatique des grilles est indispensable. Dans ce cas, l'auditeur remplit en général de nombreuses grilles d'audit qui deviennent rapidement inexploitables "à la main". Afin de limiter le risque d'erreur lors de la saisie informatique, il est souhaitable de saisir régulièrement les données. De même, pour éviter la saisie de doublons, un identifiant unique est attribué à chaque fiche. Une double saisie des données peut être envisagée. Cette saisie n'est pas nécessaire s'il s'agit d'un audit avec peu de grilles (ex. : audit de structures). L'analyse est descriptive.

9.10 EXPLOITATION DES DONNÉES

Les données seront détaillées, critère par critère afin d'obtenir des résultats chiffrés. Il est communément admis que si on obtient moins de 50 réponses, on ne traduit pas les résultats en pourcentage (peu représentatif). Il est cependant possible de les exprimer sous forme de fractions. Les résultats sont présentés sous forme de tableaux, d'histogrammes ou de courbes... Les graphiques doivent rester simples afin de conserver un caractère interprétable.

9.11 ANALYSE DES RÉSULTATS

Elle se doit d'être impartiale, d'exposer de façon objective les résultats obtenus, elle ne comporte ni jugement de valeur, ni orientation péjorative ; elle expose les faits clairement. Les résultats sont comparés au référentiel retenu et mettent en évidence des pratiques conformes au référentiel ou inversement des écarts, voire des dysfonctionnements. L'analyse est soumise au groupe de pilotage sous forme d'un rapport écrit, concis, précis, reprenant les modalités de l'audit. Un **rapport d'analyse** doit être établi

après validation par le groupe de travail et rendu au demandeur sous couvert du directeur de l'établissement. Ce rapport d'analyse fait apparaître les points forts et points faibles. Il sert d'outil, auprès du groupe de pilotage, pour l'élaboration du plan d'action, sur la base de propositions ou de recommandations suggérées par le groupe de travail. Il est précis et reprend les données de l'étude. On y retrouve en "**introduction**" : la définition du problème d'origine, le ou les objectif(s) précis de l'étude, les orientations. Le chapitre "**matériel et méthode**" révèle : la population auditée, les services concernés, le nombre d'auditeurs, la période d'observation, etc.

Les résultats : globaux puis détaillés, pour chaque critère, sont présentés sous forme d'effectif et/ou de pourcentage. Dans certain cas, un intervalle de confiance est calculé, vérifiant la précision des résultats. Dans le cas particulier d'audits comparatifs, les résultats obtenus pour un même critère peuvent faire l'objet d'un test statistique. Ces résultats peuvent être présentés sous forme de tableaux, de graphiques, d'histogrammes ou de secteurs ("camemberts"). Une **discussion** des résultats complète le rapport et doit apporter quelques éléments de bibliographie sur le thème de l'audit. En **annexe**, le référentiel, les grilles d'audit, les références bibliographiques sont inclus.

Des remerciements adressés aux différents participants figurent également dans le rapport. L'anonymat des personnes auditées est assuré vis-à-vis des personnes extérieures au service. Il faut cependant savoir, qu'un rapport d'audit réalisé dans un établissement hospitalier public fait dès lors partie des documents administratifs, consultable par toute personne en faisant la demande à la Commission d'Accès aux Documents Administratifs (CADA⁽²⁾). On vérifiera le niveau acceptable de performance (niveau auquel doit se situer l'action terminale).

9.12 RÉTRO-INFORMATION

La rétro-information est indispensable ; elle est présentée de façon positive. Lorsque l'audit a été réalisé, le groupe de pilotage et / ou le groupe de travail :

- ▶ présente les résultats globaux aux instances et services audités, sous forme de réunion ou par courrier, à l'aide d'un rapport,
- ▶ met à la disposition des services les résultats spécifiques par unité,
- ▶ propose des recommandations aux services audités et / ou des actions correctives aux instances décisionnelles avec la présentation du budget nécessaire à la mise en place de ces mesures.

Une réunion avec les audités est indispensable pour qu'ils s'approprient les recommandations, car ce sont eux qui les mettent en œuvre.

9.13 SUIVI / EVALUATION

Après la mise des actions correctives, un suivi doit être prévu afin d'accompagner ces mesures. Une évaluation ultérieure doit également être programmée.

⁽²⁾ Commission d'Accès aux Documents Administratifs - 64, rue de Varenne - 75007 Paris

10 Conclusion

La démarche développée dans ce guide se veut être un processus dynamique impliquant les acteurs d'une équipe pluridisciplinaire dans une démarche fiable, méthodique, indépendante, transparente.

Il est indispensable que les professionnels de terrain s'approprient les recommandations et les mettent en œuvre ; ils sont la clé de la réussite de la lutte contre les infections nosocomiales.

L'évaluation de la qualité des soins en hygiène réalisée se justifie par la variabilité des pratiques toujours plus invasives, la mise à jour continue des connaissances, la constante amélioration des technologies médicales et les limites des ressources financières.

La finalité de l'audit en hygiène est avant tout de promouvoir la qualité des prestations dispensées aux usagers au sein d'un établissement de soin.

Avoir un objectif précis

Utiliser rigoureusement la méthodologie

Donner envie de progresser

Informer

Travailler en groupe

Bibliographie

- ARMOGATHE J.F. - Pour le développement de l'évaluation médicale : rapport au Ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale. Documentation française, 1989, 204p.
- Association Française de Normalisation (AFNOR), Glossaire relatif à la qualité, Normes et vocabulaires. 1995, 850p.
- Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM) - L'évaluation des pratiques professionnelles en médecine ambulatoire. L'audit médical, 1993, 65p.
- Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM) - L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. L'audit clinique, 1994, 69p.
- Association Etudes en Hygiène Appliquée (ASSEHA) - Audit-évaluation des bonnes pratiques de l'hygiène dans les établissements de soins, 1995, 10 p.
- BARBIER E. - L'audit interne, permanence et actualité - Editions d'Organisation, 1996, 210p.
- BREUIL T., RIBAUT M., SONNET J. Vade-mecum de l'évaluation de la qualité - Editions Lamarre. 1996, 147p.
- CLINTON J., GOLDBERG J. Rôle des recommandations de bonnes pratiques aux États-Unis. In L'évaluation médicale. Du concept à la pratique. MATILLON Y., DURIEUX P. Eds Médecine-Sciences. Flammarion. 1994, 65-67.
- Conseil de l'Europe - Comité des Ministres. Recommandation n° R (84) 20 du Comité des Ministres aux états membres sur la prévention des infections hospitalières. Adoptée le 25 octobre 1984.
- DONABEDIAN A. Evaluating the quality of medical care. The Milkbank Memorial Fund Quaterly. Health Services Research I, 1966, 3:166-206.
- DONABEDIAN A. Promoting quality through evaluating the process of patient care. Med. Care, 1968, 6(3):181-202.
- DONABEDIAN A. part II - some issues in evaluating the quality of nursing care. Am. J. Public Health, 1969, 59(10):1833-6.
- DONABEDIAN A. Patient care evaluation - The development of methods for patient care evaluation continues to proceed along traditional lines. J. A. H. A. 1970, 44:131-6.
- DONABEDIAN A. Aspects of medical care administration : specifying requirements of for health care, 1973. Commonwealth Fund publications Ser. Cambridge, Mass., Harvard University Press.
- DURAND B.R. - Sécurité des activités de soins et réglementation. Gestion hospitalière n°339, 1994, 70p.
- DURIEUX P., CHAIX C., FOURCADE A., LOGEROT-PUISSOCHET H., PIBAROT M.L., SALOMON L. Le guide des principaux termes (évaluation, qualité, sécurité dans le domaine de la santé). Eds Médecine-Sciences. Flammarion, 1997.
- FESSLER J.M., GEFFROY L.R. - L'audit à l'hôpital - Editions ESF, Gérer la santé, 1988, 151p.
- FORMARIER M. Soins infirmiers : repères méthodologiques. In Guide Recherche en soins infirmiers. Spécial Méthodologie. Publ. ARSI. 1994, 5-22.
- FOURCADE A., RICOUR L., GAMERIN P., HERGON E., BOELLE P.-Y. - La démarche qualité dans un établissement de santé. Guide Assistance Publique - Hôpitaux de Paris. Doin Ed. 1997, 163p.
- GABA C., MACREZ A., MARANDE D., MARZAIS M., PAUCHET-TRAVERSATA A.F. - Protocoles de soins, méthodes et stratégies - Editions hospitalières. 1995, 194p.
- GARNIER M. - Evaluation de la qualité des soins et système d'information médicale. Info. Respiration n° 6, 1995, 19-21.
- JACQUERYE A. - Guide de l'évaluation de la qualité des soins infirmiers - Infirmières d'aujourd'hui. Editions Le Centurion - Bayard. 1983, 311p.
- Ministère de la Santé. L'évaluation de la qualité des soins infirmiers des services hospitaliers. Approche méthodologique. Guide du service infirmier. Série Soins Infirmiers. 1987, 13-24.
- MUCCHIELLI R. - Le questionnaire dans l'enquête psycho-sociale, 9ème édition - Editions ESF. 1990, 150p.
- ROTHAN-TONDEUR M. - Stratégie d'évaluation en hygiène hospitalière - Editions Bayard. 1991, 192p.
- ROTHAN-TONDEUR M. - Quick audit et very quick audit in Recherche en Soins Infirmiers. Spécial Méthodologie. Publ. ARSI. 1994, 137-149.

Glossaire

ANALYSER

- ▶ *Faire l'analyse d'un matériel, d'un produit.*
- ▶ *En déterminer les éléments constituants.*
- ▶ *Faire une étude approfondie d'un ensemble abstrait pour en dégager les éléments principaux.*

AUDIT

- ▶ *Procédure scientifique et systématique visant à déterminer dans quelle mesure une action ou un ensemble d'actions atteignent avec succès un ou des objectifs préalables (OMS).*
- ▶ *Méthode d'évaluation utilisant un référentiel et qui permet la description suivie d'une analyse aboutissant à des propositions ou des recommandations. Il est réalisé par une personne ou un organisme n'assurant pas de responsabilité dans le secteur intéressé.*

AUDIT QUALITÉ

- ▶ *Examen méthodique et indépendant en vue de déterminer si les activités et résultats relatifs à la qualité satisfont aux dispositions préétablies et si ces dispositions sont mises en œuvre de façon efficace et sont aptes à atteindre les objectifs (ISO 8402).*

AUTO-ÉVALUATION

- ▶ *Méthode permettant à une équipe de réaliser elle-même un diagnostic par rapport à un référentiel déterminé sur l'activité d'un service, un thème transversal, un établissement dans sa globalité.*
- ▶ *Aide à l'élaboration de plans d'amélioration continue de la qualité.*

BIAIS

- ▶ *Erreur systématique qui s'introduit dans une enquête et qui tend à produire une estimation différant systématiquement de la vraie valeur en plus ou en moins.*

BUT

- ▶ *Terme où l'on s'efforce de parvenir*

CIBLER

- ▶ *Définir la cible d'un produit à vendre, l'objectif, le but à atteindre.*
- ▶ *Viser un public par une action publicitaire.*

CONCEVOIR

- ▶ *Elaborer quelque chose dans son esprit, en arrangeant les divers éléments et les réaliser.*

CRITÈRE

- ▶ *Élément qui permet de juger et de mesurer les écarts entre ce qui est fait et ce qui est souhaité.*
- ▶ *Caractéristiques dont la valeur, observée sur un groupe ou un individu permet de classer ce groupe ou cet individu dans une catégorie définie à l'avance.*

DÉCIDER

- ▶ *Du latin « decidere ».*
- ▶ *Prendre le parti de faire quelque chose*
- ▶ *Se déterminer à entreprendre quelque chose.*
- ▶ *Prendre la résolution qu'un événement ait lieu.*

ÉVALUATION

- ▶ *Processus systématique consistant à mesurer l'écart entre des objectifs prédéterminés et leur niveau de réalisation (moyens mis en œuvre, procédures utilisées, résultats constatés).*

EXPLIQUER

- ▶ *Faire connaître la raison, le motif, la cause de quelque chose.*

HYGIÈNE HOSPITALIÈRE

- ▶ *Ensemble des méthodes et moyens mis en place par une institution hospitalière pour lutter contre les infections nosocomiales.*

INFORMER

- ▶ *Donner à quelqu'un des informations, des renseignements au sujet de quelque chose.*

MOYEN

- ▶ *Ce que l'on fait ou que l'on utilise pour arriver à ses fins.*

NORME

► Dans le cadre de la réglementation, la norme représente des exigences à respecter. Elles sont définies dans des textes (lois, décrets, arrêtés...) et s'imposent aux professionnels concernés. Dans la plupart des cas, elles ont pour objectif d'assurer la sécurité des biens et des personnes.

OBSERVATION

► Action d'étudier avec attention.

OBSERVER

► Considérer, observer avec soin quelqu'un ou quelque chose.

ORGANISER

► S'occuper de chacun des éléments d'un ensemble de façon à constituer un tout cohérent et adapté à sa destination.

OUTIL

► Instrument qui sert à effectuer un travail.

PLANIFIER

► Organiser selon un plan et une méthode déterminée.

POSITIF (LE)

► Ce qui est avantageux, favorable, ce dont on peut espérer tirer un profit.

PROCÉDURE

► La procédure est une manière spécifiée d'accomplir une activité (ISO 8402).

PROCESSUS

► Enchaînement d'activités ayant pour objet de transformer une entité (matières premières, informations, patients, produits semi-finis) en produits ou services intermédiaires ou finis (AFNOR).

PRÉVARICATION

► Action de celui qui manque au devoir de sa charge (Larousse, 1993).

QUALITÉ

► Ensemble de propriétés et de caractéristiques d'un produit ou service qui lui confère l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites (Norme NF 50.120).

► Ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'apti-

tude à satisfaire des besoins exprimés et implicites (ISO 8402).

QUALITÉ DES SOINS

► Niveau auquel parviennent les organisations de santé en termes d'augmentation de la probabilité des résultats souhaités pour les individus et les populations et de compatibilité avec l'état des connaissances actuelles.

RÉAJUSTER

► Ajuster de nouveau, remettre en bon ordre.

RECUEILLIR

► Rassembler des éléments dispersés, épars.

► Amasser, collecter en vue d'une utilisation future.

RÉFÉRENTIEL

► Ensemble de références connues et acceptées du groupe de travail sur lequel il convient de s'appuyer pour conduire un audit ou une activité d'évaluation.

► Constitue un ensemble d'éléments écrits sur lequel il convient de s'appuyer pour conduire une activité d'évaluation dans le cadre d'une démarche qualité. Un référentiel est établi à partir des textes réglementaires, de recommandations pour la pratique professionnelle publiées et considérées comme valides, de références bibliographiques existantes, d'avis d'experts.

RENDRE POSITIF

► Qui amène à comporter des éléments constructifs, qui peut amener à une évolution favorable, un progrès

SE RÉFÉRER

► S'en rapporter à quelqu'un, à quelque chose, comme à une autorité.

STRATÉGIE

► Art de combiner des opérations pour atteindre un objectif.

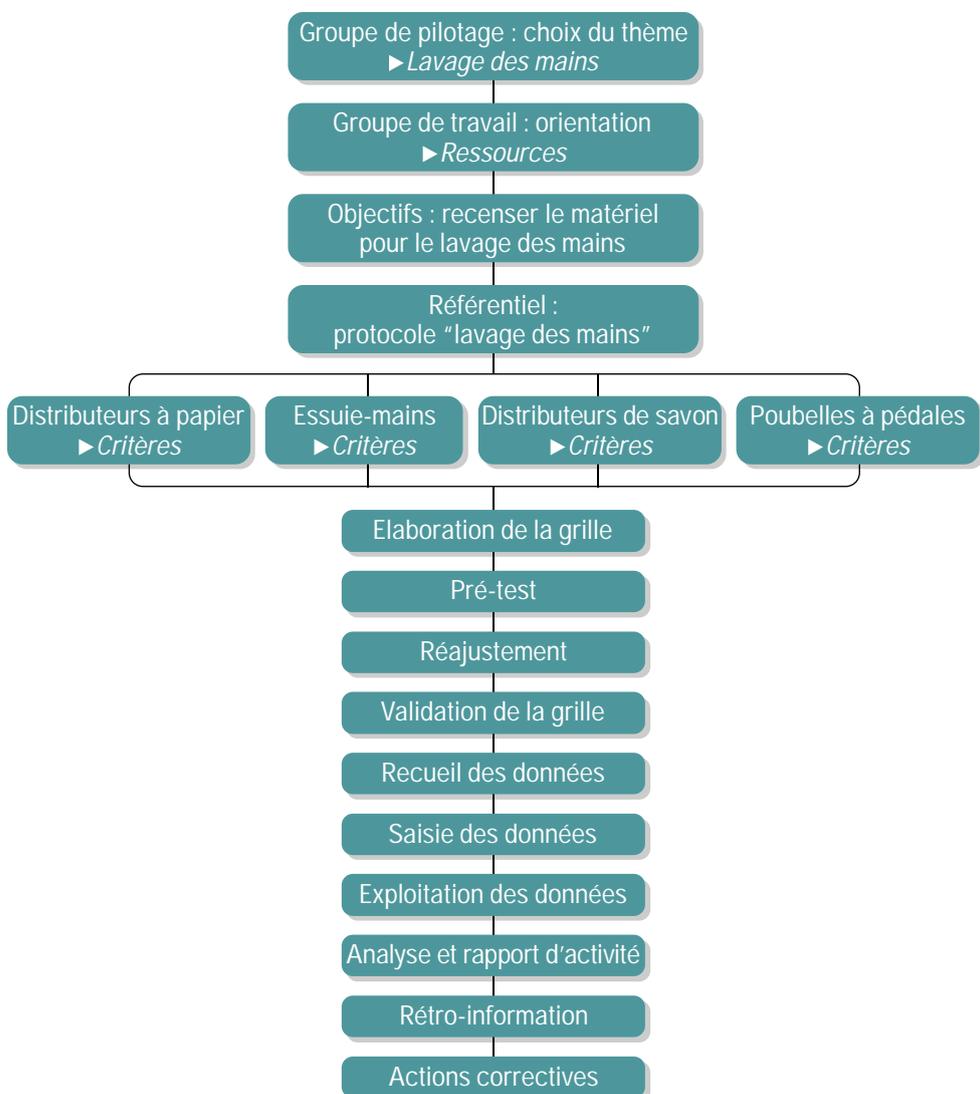
TESTER

► Soumettre à des essais.

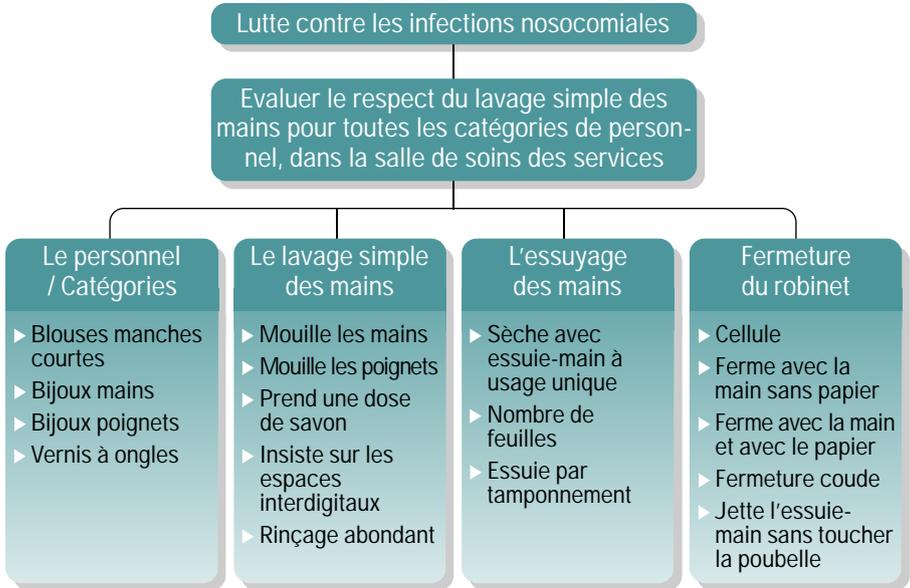
Annexes

ANNEXE 1

Synthèse de la méthodologie générale d'un audit en hygiène hospitalière



ANNEXE 2

Exemple d'un audit sur le lavage des mains

Exemple d'une grille d'observation
à remplir par l'enquêteur

ANNEXE 3

Exemple : Grille d'audit de procédure

Audit lavage des mains					
Observation faite par :			Personne observée :		
Nom :			<input type="checkbox"/> Médecin		
Service :			<input type="checkbox"/> Etudiant en médecine		
Date :			<input type="checkbox"/> Cadre infirmier		
			<input type="checkbox"/> Infirmier(e)		
			<input type="checkbox"/> Aide-soignant(e)		
			<input type="checkbox"/> Kinésithérapeute		
			<input type="checkbox"/> Manip. radiologie		
			Sexe :		
Malade en isolement protecteur ou présentant un problème infectieux		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mains dépourvues de bijoux (bagues, alliance simple autorisée)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poignets dépourvus de bijoux (montres, bracelets...)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ongles dépourvus de vernis		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avant-bras dégagés		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nature du soin nécessitant le lavage	Types de lavage des mains effectués et produit utilisé	Partie nettoyée		Temps de contact	Recontamination après le lavage (avant le soin)
	Simple avec savon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Liquide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 s	<input type="checkbox"/>
	Pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30 s	<input type="checkbox"/>
Soin invasif (injection, KT, sondage)		Mains	<input type="checkbox"/>	10 s	<input type="checkbox"/>
Soin de nursing		Avant-bras	<input type="checkbox"/>	30 s	<input type="checkbox"/>
Restauration				1 mn ou +	<input type="checkbox"/>
Examen clinique médical	Antiseptique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hibiscrub	Mains	<input type="checkbox"/>	10 s	<input type="checkbox"/>
Autre, préciser :	Bétadine scrub	Avant-bras	<input type="checkbox"/>	30 s	<input type="checkbox"/>
.....	Autre, préciser :			1 mn ou +	<input type="checkbox"/>
.....					
Origine de la recontamination :					

ANNEXE 5

Exemples d'évaluation des pratiques infirmières

Régions	Thèmes	Population	Facteurs communs (inclus)
Alsace-Lorraine	De la qualité de la toilette par l'utilisation optimale du dossier de soins	Personnes soignées bénéficiant d'un dossier de soins et nécessitant une aide partielle pour la toilette quotidienne	<ul style="list-style-type: none"> •niveau de dépendance •diagnostic infirmier
Bourgogne/Rhône-Alpes	Accueil de la personne hospitalisée dans l'unité de soins	Personnes (ou leur famille) attendues ou non, hospitalisées pour la première fois dans l'unité de soins et pouvant parler le français, comprendre et répondre aux questions	<ul style="list-style-type: none"> •1ère hospitalisation •facteur socio-culturel
Basse Normandie/Bretagne	Accueil aux urgences	Adultes de plus de 18 ans, qui vont être hospitalisés, ayant une pathologie médicale ou chirurgicale. Sont exclues : <ul style="list-style-type: none"> •les maladies psychiatriques sauf tentative d'autolyse. •les urgences vitales qui mettent en jeu la vie humaine dans les secondes qui suivent la prise en charge 	<ul style="list-style-type: none"> •âge •urgence définie
	Accueil aux urgences pédiatriques	Du nouveau-né (10 jours) au petit enfant de 3 ans ayant une pathologie déterminée	<ul style="list-style-type: none"> •âge •13 pathologies définies
Ile-de-France/Champagne-Ardenne	Evaluation du rôle propre infirmier à l'occasion de la prestation repas	Client hospitalisé prenant le repas au lit, au fauteuil ou à table, capable de s'alimenter seul	<ul style="list-style-type: none"> •niveau de dépendance
Nord-Pas-de-Calais/Picardie	Administration par l'infirmière d'un médicament par voie orale	Toute personne recevant un médicament par voie orale à l'hôpital ou en hospitalisation à domicile	<ul style="list-style-type: none"> •lieu •état de dépendance physique ou mentale
Provence/Côte d'Azur	Prévention des escarres et la qualité des transmissions sur le dossier de soins	Toute personne adulte identifiée à risque et devant faire l'objet de soins de préventions d'escarre c'est-à-dire ayant obtenu un taux de dépendance inférieur ou égal à 14 de la grille de Norton	<ul style="list-style-type: none"> •niveau de dépendance •problème de soins infirmiers (diagnostic)

Source : Direction des Hôpitaux, Groupes régionaux de l'Évaluation de la Qualité de soins, 1986/1987