

L'Audit Clinique Ciblé, méthode d'évaluation des pratiques professionnelles

résultats préliminaires de la mise en œuvre dans 177 établissements de santé français

Claudie Locquet, Marie-José Ravineau, Catherine Mayault, Armelle Desplanques-Leperre, Jean-Michel Chabot
Service de l'évaluation des pratiques, Haute Autorité de santé

INTRODUCTION

La Haute Autorité de santé (HAS) est un organisme d'expertise scientifique, public et indépendant. Elle reprend les missions de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), auxquelles s'ajoutent celles de la Commission de la Transparence, de la Commission d'évaluation des produits et prestations (CEPP), et du Fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique (Fopim). L'une des missions essentielles confiées à la HAS est de mettre en œuvre l'évaluation des pratiques professionnelles avec l'implication des professionnels de santé.

La méthode de l'audit clinique a été d'un apport essentiel au développement de l'évaluation médicale au cours des années 90. A la mesure de l'expérience acquise, le service de l'Evaluation des Pratiques de la HAS propose une nouvelle méthode d'évaluation, l'Audit Clinique Ciblé (ACC). Réalisable sur une période courte de 6 mois incluant la mise en oeuvre d'actions d'amélioration immédiates, l'ACC se veut un outil de management de la qualité et des compétences destiné à être utilisé au plus près de l'unité fonctionnelle. S'adressant directement aux responsables médicaux et aux cadres de santé, l'ACC vise à une faisabilité et une acceptabilité maximales, prenant notamment en compte la démographie et la charge de travail des professionnels de santé .

Un programme d'ACC a été ainsi proposé dès septembre 2004 aux établissements de santé déjà impliqués dans une démarche d'amélioration de la qualité, répondant ainsi à un objectif majeur de la 2^e procédure d'accréditation des établissements ⁽¹⁾ . De plus, la loi relative à l'Assurance maladie d'août 2004 ⁽²⁾ rend l'évaluation des pratiques professionnelles obligatoire pour tous les médecins, incluant la mise en oeuvre d'actions d'amélioration. Ce programme d'envergure nationale s'inscrit ainsi dans le contexte de généralisation de l'évaluation des pratiques professionnelles, pour l'amélioration de la qualité des soins et le bénéfice des patients.

CONCEPTION ET MISE EN OEUVRE

1- Elaboration de la méthode ACC

L'Audit clinique ciblé a pour modèle princeps l'audit clinique qui, après une phase d'évaluation et de diagnostic de la situation, permet de mettre en place des actions d'amélioration puis d'en mesurer les effets par une seconde étape de mesure ⁽³⁾. Cependant, l'audit clinique s'est avéré très consommateur de temps et propose des plans d'actions souvent importants, requérant de nouveaux moyens avec des échéances plutôt lointaines. Cela a souvent limité l'audit à la phase diagnostique. Ainsi il a été décidé de décliner l'audit clinique sous une forme plus efficace et compatible avec l'exercice actuel des équipes : l'Audit Clinique Ciblé. Cette nouvelle méthode, conservant le cycle « évaluation/actions/mesure de l'amélioration » devait remplir certains objectifs favorisant l'adhésion des professionnels : délais réduits de recueil et de traitement des données, mise en place immédiate d'actions concrètes d'amélioration, conduite effectuée par les responsables des unités de soins.

La revue de la littérature a consulté les bases de données bibliographiques automatisées Medline (National library of medicine, États-Unis), Embase (Elsevier, Pays-bas), Cinahl, Pascal et la Banque de Données en Santé Publique (France). Les termes suivants ont été utilisés : Mini audit OU Quick audit OU Rapid audit OU Very quick audit. Cette recherche a permis d'identifier de rares expériences en France et à l'étranger ^(4,5,6,7,8,9), intitulées diversement audit clinique rapide, quick audit, mini-audit, audit clinique de diagnostic rapide.

Le choix effectué a été de décliner l'audit clinique en ciblant des objectifs qualité précis, et il a été décidé de nommer cette méthode Audit Clinique Ciblé. En effet, L'ACC, portant sur les pratiques, vise un

segment du processus de prise en charge du patient (ex. : sortie du patient hospitalisé), un acte lié à un métier (ex. : pose d'un cathéter à chambre implantable ou d'une sonde urinaire), un thème transversal (ex. : information du patient) ou enfin peut également concerner l'organisation et les ressources de l'institution. Un nombre limité de critères permet de comparer ses pratiques à des références admises, en vue de les améliorer. Les critères d'évaluation sélectionnés s'appuient sur des recommandations majeures ou sur un fort consensus professionnel. Ils font l'objet d'un potentiel d'amélioration des pratiques cliniques et organisationnelles et sont orientés sur la sécurité du patient. Par ailleurs, l'analyse des résultats en est facilitée et guide le choix des actions d'amélioration. Ainsi l'ACC est une méthode d'évaluation des pratiques proposée en première intention.

2- Choix des thèmes d'ACC et élaboration des référentiels

Les thèmes d'ACC retenus l'ont été en raison de leur importance en terme de santé publique et de l'expérience préalable d'audit clinique mené en France. Sept avaient ainsi fait l'objet du programme d'audits cliniques de l'anaes de 1999 à 2002, au terme duquel les référentiels avaient été validés^(10,11,12,13,14,15,16).

Le 8^{ème} thème, « Préparation de la sortie du patient hospitalisé », correspond à une problématique quotidienne des établissements et des patients et possède un fort potentiel d'amélioration⁽¹⁷⁾.

Un groupe de travail animé par des correspondants* de la HAS a été constitué pour chacun des thèmes. Après revue de la littérature et de la réglementation sur le thème, les objectifs qualité ont été définis. Ainsi 2 à 5 ACC par thème ont été identifiés. La sélection des critères a été réalisée rigoureusement à l'aide d'une matrice multicritères (haute qualité de la recommandation, amélioration des pratiques, des soins et du service médical rendu, sécurité du patient, responsabilité professionnelle, standard attendu 100 %). La formulation des critères a été particulièrement étudiée pour une compréhension non ambiguë. Un protocole complet a été décliné pour chaque ACC (grille de recueil des données, guide d'utilisation). Le test des référentiels auprès d'établissements de santé volontaires a permis le réajustement des référentiels et de chaque protocole. Au terme de ce travail, les 8 thèmes ont été déclinés en 27 Audits Cliniques Ciblés (tableau 1).

Tableau 1 : Les 27 Audits Cliniques Ciblés

THEME GENERAL	AUDIT CLINIQUE CIBLE	OBJECTIF
ANTIBIOPROPHYLAXIE EN CHIRURGIE DE PREMIERE INTENTION	PROTOCOLE	Améliorer la qualité du protocole d'antibioprophylaxie en chirurgie de première intention
	PRESCRIPTION	Améliorer la qualité de la prescription de l'antibioprophylaxie en chirurgie de 1ère intention
	ADMINISTRATION	Améliorer la qualité de l'administration et de la traçabilité de l'antibioprophylaxie en chirurgie de 1ère intention
	SURVEILLANCE	Améliorer la qualité de la surveillance du risque infectieux en chirurgie de première intention
CHAMBRES A CATHETER IMPLANTABLES	ORGANISATION	Assurer une organisation adaptée et pérenne à l'implantation et aux manipulations d'une CCI
	MISE EN PLACE	Assurer la fonctionnalité du matériel de CCI dès sa mise en place
	LORS D'UNE PONCTION	Assurer la sécurité du patient lors d'une ponction dans le septum de la CCI
	LORS D'UNE MANIPULATION	Assurer la sécurité du patient lors d'une manipulation au niveau de la CCI
	RETRAIT D'UN DISPOSITIF D'INJECTION	Assurer la sécurité du patient et du soignant lors du retrait d'un dispositif d'injection d'une CCI
CONTENTION PHYSIQUE DE LA PERSONNE AGEÉ	MISE EN PLACE	Améliorer la qualité de la prescription médicale de la contention
	INFORMATION ET COMMUNICATION	Améliorer la qualité de l'information sur la contention auprès du patient et de ses proches
	INSTALLATION ET CONFORT	Assurer la sécurité et le confort lors de la contention
	SURVEILLANCE	Améliorer la surveillance de la contention, centrée sur les risques
DOULEUR DE LA PERSONNE AGEÉ	EVALUATION DE LA DOULEUR	S'approprier les outils et méthodes d'évaluation de la douleur chez la personne âgée hospitalisée
	CONDUITE DU TRAITEMENT ANTALGIQUE	Améliorer la prise en charge de la douleur de la personne âgée en terme de spécificité de conduite et de surveillance du traitement antalgique

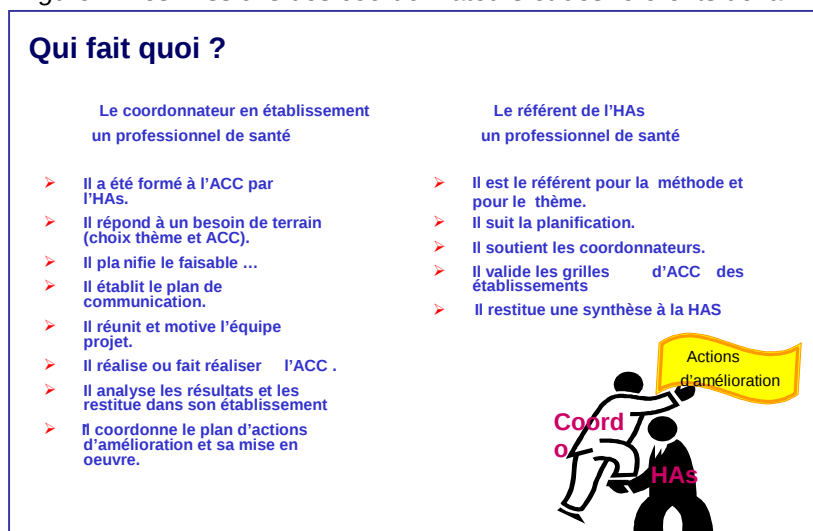
PARTOGRAMME	OBSTETRIQUE	Améliorer la traçabilité de la continuité du déroulement du travail
	EVENEMENTS	Améliorer la traçabilité des actes, évènements et traitements survenus au cours du travail
	TENUE DU PARTOGRAMME	Améliorer la qualité de la tenue du partogramme
SORTIE DU PATIENT : PREPARATION	ORGANISATION	Assurer une organisation adaptée pour accueillir le patient après sa sortie
	INFORMATION ET COMMUNICATION	Assurer la transmission des informations nécessaires à la sortie du patient
	CONTINUITE DES SOINS	Assurer la continuité de la prise en charge après la sortie du patient
SONDE URINAIRE	ORGANISATION	Améliorer l'organisation du sondage urinaire dans un établissement de santé
	POSE	Améliorer la qualité de la pose de la sonde urinaire
	SURVEILLANCE	Améliorer la surveillance de la sonde urinaire
TENTATIVE DE SUICIDE : PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE	ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE	Améliorer la prise en charge immédiate de la personne ayant fait une tentative de suicide
	ENVIRONNEMENT	Améliorer la prise en compte de l'environnement familial et de la situation sociale lors d'une tentative de suicide
	PREPARATION DE LA SORTIE	Améliorer la préparation de la sortie et le suivi du patient après une tentative de suicide

3- Stratégie de mise en oeuvre

a/ Organisation et calendrier du projet

Centralisée au niveau de l'HAS, la mise en œuvre s'est appuyée sur le réseau des correspondants, professionnels de santé de terrain compétents en évaluation des pratiques et spécialistes des thèmes retenus. Dans chaque établissement a été nommé un coordonnateur responsable d'un thème d'ACC. Un accompagnement tout au long du programme par les correspondants de l'HAS a été prévu, avec une définition préalable des rôles de chacun et de l'articulation avec la HAS (figure 1).

Figure 1 : les missions des coordonnateurs et des référents de la HAS



Le programme a été volontairement déterminé sur 6 mois, avec une restitution nationale à la fin : formation des coordonnateurs des établissements en une journée, première évaluation sur une durée de 6 semaines suivie d'une analyse immédiate des résultats, choix et mise en œuvre des actions d'améliorations sur 2 mois, seconde évaluation plus rapide pour mesurer les progrès réalisés.

b/ Choix des établissements de santé sollicités

Un appel à candidature a été lancé en septembre 2004, auprès des directeurs, présidents de Commission Médicale d'Etablissement, directeurs de soins et responsables qualité de 339 établissements de santé, sollicités notamment pour leur expérience préalable de l'évaluation : participation au programme d'audits cliniques de 1999 à 2002, établissements déjà accrédités ou en cours de deuxième accréditation. Ces établissements, s'engageant à mener des ACC, ont été invités à inscrire des professionnels de terrain (cadres de santé, médecins, sages-femmes..) à la journée de formation proposée par l'HAS.

c/ Mise à disposition d'un outil informatique

Pour faciliter la réalisation des ACC, un CD Rom contenant une présentation générale de la méthode d'ACC ainsi que chacun des 27 référentiels a été fourni aux coordonnateurs formés lors de la journée de formation. Ce CD Rom propose également tous les outils informatiques nécessaires à la saisie et au traitement des données, à la présentation des résultats, ainsi qu'un rapport d'audit clé en main.

d/ Evaluation des résultats

L'évaluation par la HAS de ce programme d'ACC portera d'une part sur la méthode elle-même : nombre d'ACC menés jusqu'à leur terme, en particulier réalisation des actions d'amélioration et de la deuxième évaluation ; adhésion et satisfaction des professionnels ; difficultés rencontrées ; ajustements nécessaires. D'autre part un traitement statistique anonymisé de l'ensemble des données recueillies dans les différents établissements sera conduit. Ceci permettra d'établir une base de données nationale au sein de laquelle les équipes pourront se situer de façon anonyme.

RESULTATS PRELIMINAIRES

1- Participation des professionnels à la formation initiale

Une journée destinée à former des coordonnateurs mettant en œuvre des ACC dans leurs établissements a été organisée avec la collaboration de 47 correspondants de l'HAS en décembre 2004. Cette journée a réuni 424 professionnels de santé de 194 établissements. Une large majorité de ces établissements (92%, figure 2) possédait une solide expérience de l'évaluation. Tous les types d'établissements étaient représentés, avec une forte présence (57%) de centres hospitaliers généraux, 20 % de cliniques privées et 12% de centres hospitaliers universitaires (figure 3).

Ces professionnels, composés d'une majorité de cadres de santé (50%), de 35% de médecins (dont certains présidents d'instances telles que CLIN ou CLUD), de 5% de sages-femmes et de 2% de pharmaciens ont ainsi été formés à coordonner un programme ACC dans des établissements répartis dans la France entière (figure 4, figure 5).

Figure 2 : Expérience de l'évaluation des 194 établissements représentés à la formation

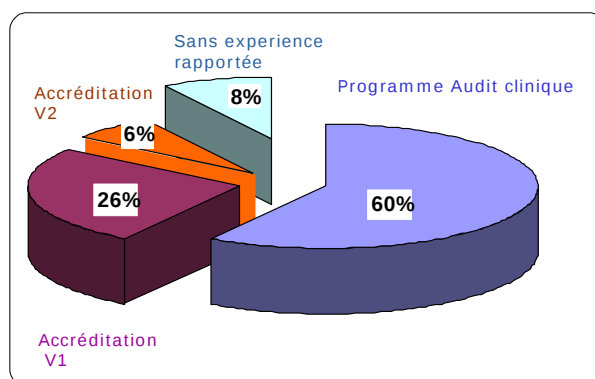


Figure 3 : Types d'établissements de santé représentés à la formation

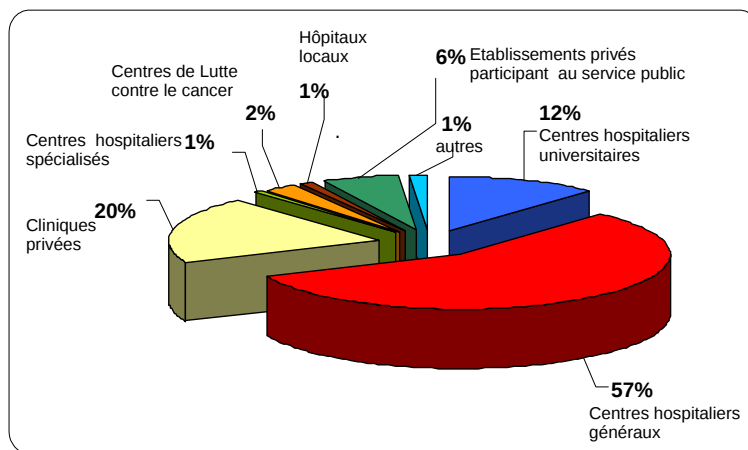


Figure 4 : Professions des coordonnateurs formés

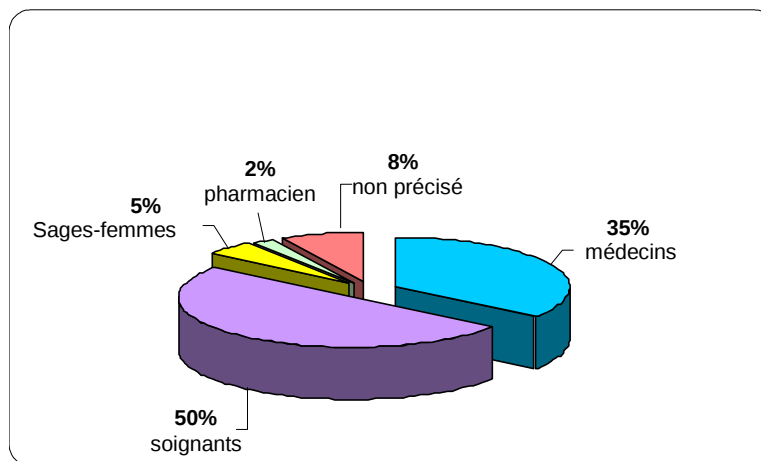
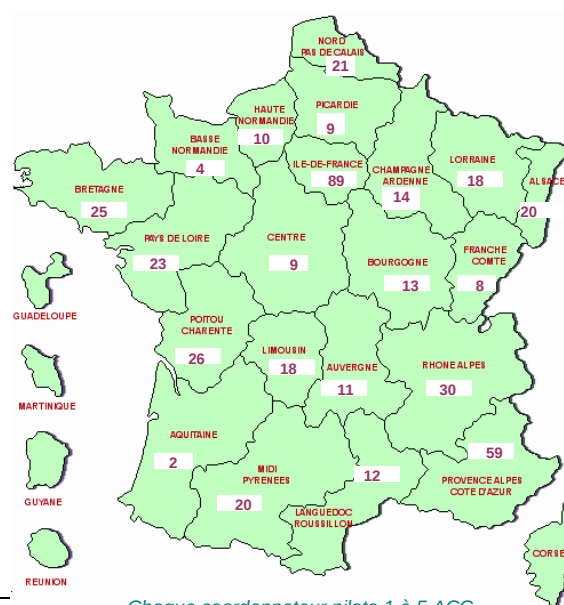


Figure 5 : Répartition régionale des coordonnateurs

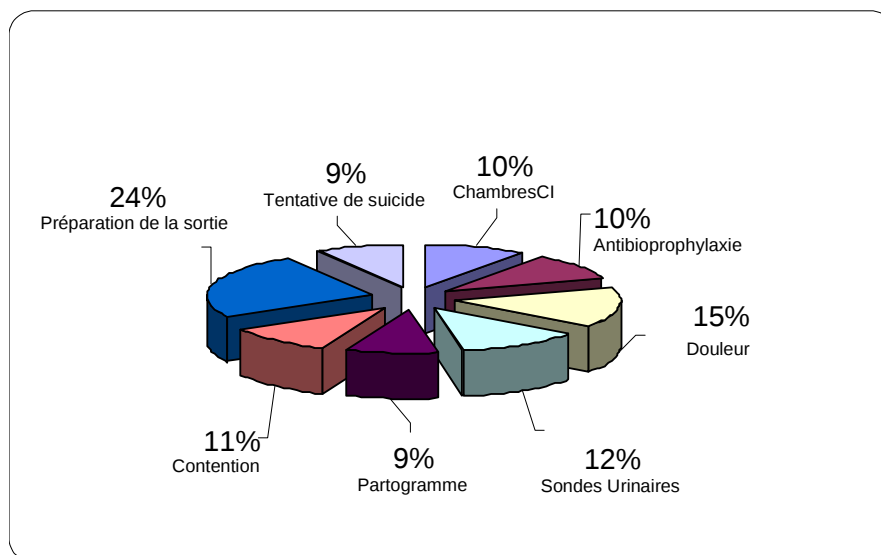


Chaque coordonnateur pilote 1 à 5 ACC

2- Choix des thèmes d'ACC

Les établissements de santé se sont engagés sur un ou plusieurs thèmes d'ACC : les choix initiaux les plus fréquents se sont portés sur la préparation de la sortie du patient (24%) et la prise en charge de la douleur chez la personne âgée. (figure 6) Ainsi 424 ACC ont été programmés, chacun devant être piloté par un coordonnateur formé.

Figure 6 : Thèmes d'ACC choisis par les établissements



3- Nombre d'ACC en cours dans les établissements

En avril 2005, 4 mois après la journée de formation, 177 établissements de santé sur les 194 présents ont réalisés la première évaluation d'au moins un ACC. En effet, les résultats informatisés de 705 ACC ont été transmis à la HAS, sous la coordination régionale des correspondants de la HAS (tableau 2).

Ainsi le taux de participation des établissements de santé est de 91%, et le taux de réalisation des ACC de 166%. Dans les faits, les coordonnateurs formés, initialement engagés sur un seul ACC, ont piloté de 2 à 4 ACC supplémentaires.

Tableau 2 : ACC en cours en avril 2005 (1^{ère} évaluation réalisée)

Thème	ACC en cours
Sortie du patient	163
Chambres à cathéter implantables	108
Sondes urinaires	100
Antibiotoprophylaxie en chirurgie de 1 ^{ère} intention	93
Contention physique de la personne âgée	77
Partogramme	67
Douleur de la personne âgée	55
Tentative de suicide	42
total	705

CONCLUSION

A l'issue de la première évaluation, les résultats préliminaires, en terme de participation des établissements (91%) comme d'ACC en cours (166%) sont encourageants. Le contexte législatif et réglementaire incitatif y contribue probablement. L'expérience préalable en évaluation des établissements ayant mené divers audits cliniques et procédures d'accréditation également. De surcroît, certaines caractéristiques du programme proposé ont contribué à une bonne acceptabilité et faisabilité : variété des thèmes d'évaluation des

pratiques s'adressant à toutes les catégories de professionnels de santé ; fort dispositif d'accompagnement des coordonnateurs par les correspondants de la HAS avec réactivité par courrier électronique ; simplicité de la méthode et qualité des référentiels permettant une appropriation rapide ; méthode peu consommatrice de temps ; CD Rom très aidant tant au niveau pédagogique que pour le traitement des données. Les procédures de recueil d'opinions qui interviendront au terme du programme permettront de quantifier et de préciser ces premiers éléments. Cependant, des difficultés ont été rapportées, plutôt d'ordre technique : insuffisance d'équipement informatique dans certains établissements ; formation à l'utilisation du CD Rom trop sommaire ; messagerie électronique parfois déficiente.

A ce jour, près de 200 établissements de santé se sont effectivement engagés sur le programme ACC et ont réalisé le premier tour d'évaluation. Au cours des prochains mois, les actions résultant de cette première phase seront mises en œuvre et conduiront à la mesure de l'amélioration lors d'un second tour d'évaluation. Ainsi, la réalisation complète du cycle d'ACC permettra de conclure ou non au succès de ce programme d'évaluation des pratiques proposé par la HAS.

Dans cette perspective, des journées de restitution finale de l'ensemble des résultats obtenus par l'ensemble des équipes engagées dans le programme seront organisées en juin et septembre prochains. L'ACC pourrait alors devenir un outil de choix pour développer l'évaluation et son corollaire, l'amélioration des pratiques cliniques au bénéfice de la qualité des soins fournis au patient.

Remerciements :

Correspondants de l'HAS : Audibert Claudine, Bertevas Catherine, Bertini Nicole, Bismuth Marie-Jeanne, Bodiquel Eric, Bonnet Yann-Yves, Bouet Roland, Bourderont Dominique, Boute Catherine, Bussy Catherine, Chaîne François-Xavier, Coutte Marie-Bénédicte, D'Alche-Gautier Marie-José, Darmon Marie-José, Dehoorne Frédérique, Delemarre Josette, Ferry Jean-Pierre, François Patrice, Frasier Jean-Michel, Gaba-Leroy Chantal, Idoux Bernard, Jarrige Bruno, Lairy Gérard, Lajzerowicz Nathalie, Lathelize Monique, Lepape Alain, Martin Dominique, Michel Micheline, Miget Patrick, Papon René, Passadori Yves, Perez Françoise, Perisse Dominique, Pignal François, Plansont Laurent, Privat-Pain Christiane, Pultier Madeleine, Robineau Isabelle, Rouillon Rodolphe, Salczynski Annette, Sartor Catherine, Soutif Claude, Squara Pierre, Stroumza Paul, Thiery-Bajolet Roselyne, Vanhee-Galois Anne.

Documentaliste HAS : E. Blondet

Assistants : Vincent Bon-Georges, Corinne Camier, Karima Nicola

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.
Manuel d'accréditation des établissements de santé - Deuxième procédure d'accréditation. St Denis La Plaine : Anaes ; 2004
- (2) LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Journal Officiel du 17 août 2004.
- (3) Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Réussir un audit clinique et son plan d'amélioration. Paris : Anaes ; 2003
- (4) Collins LM, Padda J, Vaghadia H. Mini-audits facilitate quality assurance in outpatient units. Can J Anesth, 2001, 78(8), p.737-41.
- (5) François P, Labarère J. Les processus d'évaluation et d'amélioration des pratiques médicales au Québec. Presse Méd, 2001,30(5),p.224-8.
- (6) Hearnshaw H, Harker R, Cheater F, Baker R, Grimshaw G. A study of the methods used to select review criteria for clinical audit. Health Technol Assess,2002,6(1).
- (7) Hutchinson A, McIntosh A, Anderson J, Gilbert C, Field R. Developing primary care review criteria from evidence-based guidelines: coronary heart disease as a model. Br J Gen Pract, 2003,53,p.691-6.
- (8) Marks I. Rapid audit of clinical outcome and cost by computer. Austr N Z J Psychiatr, 1995,29,p.32-7.
- (9) Rothan-Tondeur M, Huchet MT. Quick audit et very quick audit : deux outils rapides de la mesure de la qualité des soins infirmiers. Recherches Soins Infirmiers, 1992,28,p.39-50.
- (10) Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.
L'évaluation de la qualité de l'utilisation des chambres à cathéter implantables. Paris : Anaes ; 2000
- (11) Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.
Evaluation de l'antibioprophylaxie en chirurgie propre : application à la prothèse totale de hanche. Paris : Anaes ; 2000
- (12) Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. La prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant ou non des troubles de la communication verbale. Paris : Anaes ; 2000
- (13) Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Qualité de la pose et de la surveillance des sondes urinaires

Paris : Anaes ; 2000

⁽¹⁴⁾ Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Evaluation de la qualité de la tenue du partogramme. Paris : Anaes ; 2000

⁽¹⁵⁾ Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. Paris : Anaes ; 2000

⁽¹⁷⁾ Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Préparation de la sortie du patient hospitalisé. Paris : Anaes ; 2001

⁽¹⁶⁾ Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Prise en charge hospitalière des personnes ayant fait une tentative de suicide. Paris : Anaes ; 1998

Illustration d'un ACC : Retrait du dispositif d'injection d'une chambre à cathéter implantable

Il s'agit d'un service de pneumologie, d'un centre hospitalier général, 30 grilles d'auto-évaluation ont été renseignées par les infirmiers du service sur une période de 1 mois.

Les données ont été saisies dans l'application informatique du CD Rom permettant la création d'histogrammes qui figurent dans le rapport d'audit.

Première phase : première évaluation

Deux écrans du CD Rom pour guider le coordonnateur

Chambres à cathéter implantables - retrait (CCIret) -

Pourquoi avoir choisi le thème des chambres à cathéter implantables ?

La chambre à cathéter implantable (CCI) est un dispositif médical stérile essentiel pour les patients nécessitant des traitements itératifs et/ou de longue durée.

Le processus de prise en charge pluridisciplinaire de la CCI est complexe du fait des indications de la pose, de sa grande technicité et des risques de complications lors de la pose et de l'utilisation.

L'Anaes a élaboré, en 2000, un guide d'évaluation de la qualité de ce processus de prise en charge en s'appuyant sur les audits cliniques réalisés dans les établissements de santé de 1993 à 1996.

L'application pratique de ce guide a été testée dans 22 établissements de santé (ES) en 2000-2001.

Ce CD Rom contient les moyens nécessaires à la réalisation de cet Audit Clinique Ciblé.

[Le guide Anaes «Évaluation de la qualité de la pose et de la surveillance des chambres à cathéter implantables» - décembre 2000 \(57 pages\)](#)

L'élaboration des 5 référentiels : pourquoi, comment ?

Un groupe de travail a été constitué afin de segmenter le référentiel de l'audit clinique en 5 référentiels à partir d'objectifs spécifiques :

1. assurer une organisation adaptée et pérenne à l'implantation et aux manipulations d'une CCI (CCIorg),
2. assurer la fonctionnalité du matériel de CCI dès sa mise en place (CCIprep),
3. assurer la sécurité du patient lors d'une ponction dans le septum de la CCI (CCIpon),
4. assurer la sécurité du patient lors d'une manipulation au niveau de la CCI (CCIman),
5. assurer la sécurité du patient et du soignant lors du retrait d'un dispositif d'injection d'une CCI (CCIret).

Ce CD Rom contient, entre autre, les moyens nécessaires à la réalisation de ces cinq Audits Cliniques Ciblés sur le thème de la chambre à cathéter implantable.

Chacun des référentiels fait l'objet d'un diaporama spécifique.

Celui-ci concerne le retrait (CCIret).

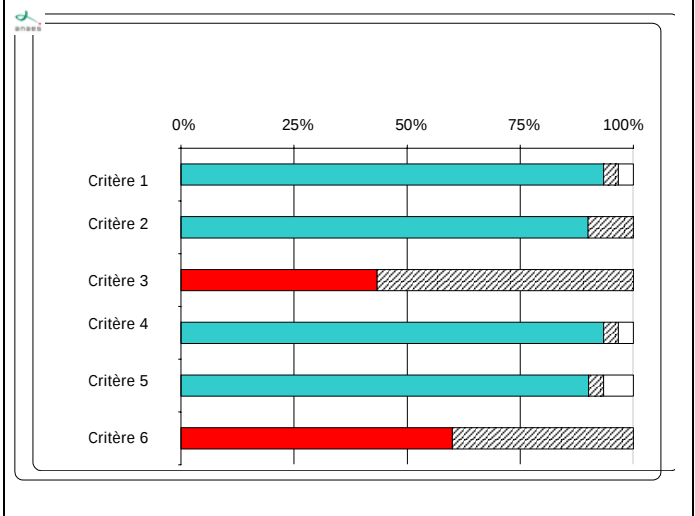
Le référentiel d'évaluation : la grille de recueil des données

OBJECTIF : assurer la sécurité du patient et du soignant lors du retrait d'un dispositif d'injection d'une CCI					
N°	CRITÈRES	OUI	NON	NA	COMMENTAIRES
1	A la fin du traitement, l'infirmière rince le dispositif avec du sérum physiologique éventuellement hépariné.	☐	☐		
2	L'infirmière retire l'aiguille en assurant une pression positive dans la chambre.	☐	☐		
3	L'infirmière utilise un dispositif de sécurité lors du retrait de l'aiguille du septum.	☐	☐		
4	L'infirmière recouvre le point de ponction d'un pansement stérile occlusif.	☐	☐		
OBJECTIF : assurer la traçabilité du retrait de l'aiguille					
5	L'infirmière mentionne le retrait de l'aiguille de la CCI dans le dossier du patient.	☐	☐	☐	
6	L'infirmière mentionne le retrait de l'aiguille de la CCI dans le carnet de surveillance de la CCI.	☐	☐	☐	

▪ L'application informatique : Représentation graphique des résultats

Après l'analyse des résultats de la première évaluation **2 critères** étaient déficitaires. L'équipe projet a analysé les résultats et proposé des **actions d'amélioration** immédiates (délai de mise en oeuvre 1 semaine à 2 mois) et des actions différées (moyens à acquérir)

■ % OUI ■ % NON □ % N.A.



Deuxième phase : propositions d'actions d'amélioration en regard des deux critères déficitaires

Critère 3 L'infirmière utilise un dispositif de sécurité lors du retrait de l'aiguille du septum.

Malgré la mise à disposition de dispositifs de retrait, les IDE ne les utilisent pas.

- action immédiate : revoir avec les utilisateurs les raisons de la non-utilisation des dispositifs de retrait (non-connaissance de leur existence pour les nouveaux arrivants dans le service, difficultés d'utilisation) ;
- action à initier : réaliser un test pour choisir un nouveau système de retrait compatible avec la pratique des infirmiers ;
- à terme : intégrer dans le protocole CCI les recommandations écrites sur l'utilisation d'un dispositif sécurisé pour le retrait d'aiguille d'une CCI.

Critère 6 L'infirmière mentionne le retrait de l'aiguille de la CCI dans le carnet de surveillance de la CCI.

- rappel aux utilisateurs que la traçabilité des actes est une composante du soin ;
- sensibilisation des utilisateurs à l'intérêt pour le patient de posséder un document relatant les événements intervenus au niveau de sa CCI ;
- mise en place immédiate d'une procédure (à partir de la mise en place de la CCI) de remise au patient du carnet de surveillance. La procédure mentionne le contenu des actes qui doivent apparaître dans le carnet de surveillance ;
- éducation du patient afin qu'il soit toujours en possession de son carnet de surveillance (actualisé après chaque épisode interventionnel à son niveau) lors de ses séjours hospitaliers.

Troisième phase : deuxième évaluation

La seconde évaluation est prévue sur quatre semaines (mai – juin 2005), avec pour objectif de mesurer les progrès réalisés.

Le CD Rom : un outil d'accompagnement pour les professionnels

La page d'accueil (1) permet d'accéder aux différentes rubriques par les boutons en haut de l'écran :

- accueil
- aide à la navigation
- la méthode de l'audit clinique ciblé (2) sous forme interactive
- 8 thèmes d'audits cliniques ciblés clés en main, avec les outils d'application

Les documents, les référentiels, (les grilles, les guides et les protocoles) sont consultables, thème par thème ou dans leur intégralité, téléchargeables et imprimables.

Pour chaque ACC, dès la page 3 du diaporama, un modèle de rapport d'ACC (3) est proposé. Un petit personnage assis à son bureau apparaît à chaque fois que le coordonnateur doit renseigner un chapitre du rapport.

Une application informatique (4) est fournie dans le CD Rom à la page 11 du diaporama. Elle permet pour chaque ACC une saisie et un traitement des données (tableaux, histogrammes, comparaison des 2 évaluations), avec transfert dans un document ou sur diaporama possible.

(1)

(2)

(3)

(4)