



**ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES
DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ**

RÉUSSIR UN AUDIT CLINIQUE ET SON PLAN D'AMÉLIORATION

JUIN 2003

SERVICE ÉVALUATION DES PRATIQUES

Dans la collection Évaluation en établissements de santé :

- **L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - Le dossier du patient - Amélioration de la qualité de la tenue et du contenu ; réglementation et recommandations - juin 2003
- **L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - Prise en charge de première intention : chirurgie des lésions mammaires - octobre 2002
- **L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - Les pneumonies aiguës communautaires - décembre 2001
- **L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - Évaluation de la qualité de l'utilisation et de la surveillance des chambres à cathéter implantables - décembre 2000
- **L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - L'antibioprophylaxie en chirurgie propre : application à la prothèse totale de hanche - octobre 2000
- **L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - Limiter les risques de contention physique de la personne âgée - octobre 2000
- **L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - Évaluation de la qualité de la tenue du partogramme - janvier 2000
- **L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - Évaluation de la qualité de la pose et de la surveillance des sondes urinaires - décembre 1999
- **L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - Évaluation d'un programme d'amélioration de la qualité - Les enseignements de 60 projets dans les établissements de santé français - avril 1999
- **L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - Évaluation de la prescription et de la réalisation des examens paracliniques préopératoires - novembre 1998
- **L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - Évaluation de la prévention des escarres - juin 1998
- **L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - Évaluation de la qualité de la pose et de la surveillance des cathéters veineux courts - juin 1998
- **L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie - juin 1998
- **La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé** - revue de la littérature - septembre 1996
- **Références médicales applicables à l'hôpital** - avril 1995
- **Évaluation de la tenue du dossier du malade** - juin 1994

Dans la collection Guides méthodologiques :

- **L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - Préparation de la sortie du patient hospitalisé - novembre 2000
- **L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - Démarches qualité des établissements de santé : principes de recours à un prestataire - juin 2001
- **Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé** - juillet 2000
- **L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - L'audit clinique - Bases méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles - janvier 1999
- **L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé : principes méthodologiques - octobre 1996
- **L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - L'audit clinique - juin 1994

Pour recevoir la liste des publications de l'Anaes, vous pouvez consulter son site Internet www.anaes.fr ou envoyer vos coordonnées à l'adresse ci-dessous.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit du présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'Anaes est illicite et constitue une contrefaçon. Conformément aux dispositions du Code de la propriété intellectuelle, seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées.

Ce document a été réalisé en juin 2003. Il peut être commandé (frais de port compris) auprès de :

Anaes (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé)

Service communication

2, avenue du Stade de France - 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX - Tél. : 01 55 93 70 00 - Fax : 01 55 93 74 00

© 2003. Anaes

ISBN 2-914517- -

Prix :

AVANT-PROPOS

L'arrivée des démarches qualité et notamment la procédure d'accréditation pose l'inévitable question de la mesure de la qualité en santé.

Cette question est d'autant plus importante que les établissements de santé doivent apporter la preuve du niveau de qualité de leurs organisations et de leurs prestations dans un contexte de restructuration du paysage hospitalier.

Savoir évaluer la qualité en santé, au sens d'en estimer la valeur, est une attente forte tant des professionnels de santé que des usagers.

L'évaluation de la qualité, autrefois une exigence éthique de la morale professionnelle, est devenue maintenant une exigence de la collectivité et elle est de ce fait traduite en exigence légale.

L'audit clinique est l'une des méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles expérimentées par l'Anaes, depuis plus de 10 ans, dans le cadre d'une collaboration avec plus de 500 établissements de santé publics et privés.

Cette large expérience, acquise par l'Anaes et les professionnels de santé, a permis d'identifier une phase diagnostique (l'audit clinique) et une phase de conception et de mise en œuvre d'un plan d'amélioration qui sont indissociables.

Ce document présente une méthode d'amélioration continue de la qualité dont la principale clé de succès repose sur l'application d'une conduite de projet. Il est illustré par de nombreux exemples de réalisations conduites par les professionnels de santé.

Je tiens à remercier tous les professionnels de santé ayant contribué à l'enrichissement de la méthode. Je souhaite que ce document permette aux acteurs des établissements de santé d'instaurer des démarches de progrès au service des usagers.

Alain Coulomb

Directeur Général

REMERCIEMENTS

Ce document a été réalisé par M^{me} Marie-José RAVINEAU, chargée de projet, assistée d'un groupe de travail.

La recherche documentaire a été effectuée par M^{me} Emmanuelle BLONDET, sous la direction de M^{me} Rabia BAZI, responsable du service de documentation.

Nous remercions M. Alain COULOMB, le D^r Jacques ORVAIN et l'ensemble des membres du conseil scientifique du groupe de travail et du groupe de lecture.

GROUPE DE TRAVAIL

M^{me} Catherine BERTEVAS, correspondante de l'Anaes, sage-femme cadre maternité, CHU de Brest ;

M^{me} Nicole BERTINI, correspondante de l'Anaes, cadre de santé, CH Bourg-en-Bresse ;

D^r Marie-Jeanne BISMUTH, correspondante de l'Anaes, médecin de santé publique, CHU de Dijon ;

D^r Roland BOUET, correspondant de l'Anaes, pédo-psychiatre, CH Henri Laborit de Poitiers ;

D^r Catherine BOUTE, correspondante de l'Anaes, médecin de santé publique au CH de Laval ;

M^{me} Catherine BUSSY, correspondante de l'Anaes, cadre de santé à l'Institut Gustave Roussy à Villejuif ;

D^r François-Xavier CHAINE, chef de projet Anaes ;

D^r Marie-José D'ALCHE-GAUTIER, correspondante de l'Anaes, médecin de santé publique, CHU de Caen ;

M^{me} Marie-José DARMON, correspondante de l'Anaes, cadre de santé au CHU de Nice ;

M^{me} Brigitte DION, chef de projet Anaes ;

M. Bernard IDOUX, correspondant de l'Anaes, cadre supérieur de santé au Centre Médical de Saales ;

D^r Christine JESTIN, médecin de santé publique, ministère de la Santé, Paris ;

D^r Gérard LAIRY, correspondant de l'Anaes, cardiologue, Hôpital Gilles de Corbeil-Essonnes ;

D^r Claudie LOCQUET, chef de projet Anaes ;

D^r Catherine MAYAULT, chef de projet Anaes ;

M. René PAPON, correspondant de l'Anaes, cadre de santé, CHU de Tours ;

D^r François PIGNAL, correspondant de l'Anaes, gastro-entérologue, Toulouse ;

D^r Christiane PRIVAT-PAIN, correspondante de l'Anaes, médecine physique et réadaptation, Centre Laënnec, Malakoff ;

M^{me} Madeleine PULTIER, correspondante de l'Anaes, cadre supérieur de santé AP/HM, Marseille ;

M^{me} Roselyne THIERY, correspondante de l'Anaes, cadre de santé, Saint-Brice-Courcelles.

GROUPE DE LECTURE

D^r Raymond ARNOUX, correspondant de l'Anaes, chirurgien, Clinique du Tondu, Bordeaux ;

M^{me} Claudine AUDIBERT, correspondante de l' Anaes, cadre supérieur de santé, AP-HM Marseille ;

M^{me} Marie-Antoinette BANOS, correspondante de l'Anaes, directrice de soins infirmiers, Clinique les Acacias, GAN ;

D^r Anne BARBAIL, médecin inspecteur régional adjoint, DRASS Poitiers ;

D^r Mireille BECCHIO, chef de projet Anaes, médecin généraliste ;

M^{me} Elisabeth BESNIER, correspondante de l'Anaes, infirmière, association médico-sociale Anne Morgan à Amiens ;

M^{me} Anne-Marie BONNERY, cadre de santé, CH de Narbonne, Présidente de l'Association pour la Promotion et la Recherche en Soins Infirmiers ;

D^r Dominique BOURDERONT, correspondant de l'Anaes, médecin de santé publique, CH de Mulhouse ;

D^r Jean BRAMI, chef de projet Anaes, médecin généraliste ;

M^{me} Sophie de CHAMBINE, Direction de la Politique Médicale, Service Évaluation Qualité Accréditation et Sécurité Sanitaire, Paris ;

M^{me} Josette DELEMARRE, correspondante de l'Anaes, cadre supérieur de santé, CH d'Argenteuil ;

M^{me} Françoise DELZERS, directeur des soins, CH d'Angoulême ;

D^r Michel DOUMENC, chef du Service Évaluation des Pratiques, Anaes ;

M. Jean-Louis DUCASSE, conseiller médical, ARH, Toulouse ;

M^{me} Monique DUPUIS, membre du collège d'accréditation, cadre de santé des Hospices Civils de Lyon ;

M^{me} Jacqueline DURAND, coordonnateur général des soins AP-HM, Marseille ;

D^r Erwann du ROUCHET, correspondant de l'Anaes, gynécologue-obstétricien, CHR Orléans ;

D^r Jean-François DÜRR, correspondant de l'Anaes, médecin généraliste DIM, Hôpital Freyming-Merlebach ;

M^{me} Marie ERBAULT, chef de projet Anaes ;
M. Hubert GARRIGUE-GUYONNAUD, directeur du centre hospitalier, Blois ;

D^r Jean-Pierre GAUME, correspondant de l'Anaes, médecin généraliste, Avanne ;

D^r Jacques GLIKMAN, membre du collège d'accréditation, psychiatre, Centre Médico-Psychologique, Épinay-sur-Seine ;

M. Jean-Marc GRENIER, directeur des soins, CHU, Grenoble ;

D^r Michel GREHANT, correspondant de l'Anaes, médecin DIM clinique Figeac ;

M^{me} Anne HODET, cadre de santé, Centre Médico-Psychologique, CH Sud Francilien, Corbeil-Essonnes ;

M. Pierre HUIN, directeur des Soins et de la Qualité, Groupe Hospitalier Privé du Centre Alsace, Colmar ;

M^{me} Chantal KACI, cadre expert, CH Meaux ;

M^{me} Evelyne KERLEO, chargée de mission ressources humaines, ARH, Nancy ;

M^{me} Chantal LACHENAYE-LLANAS, Directeur de l'Accréditation, Anaes ;

D^r Monique LATHELIZE, correspondante de l'Anaes, anesthésiste-réanimateur, CHU, Limoges ;

D^r Hervé LECLET, correspondant de l'Anaes, radiologue, Institut Calot, Berck-sur-Mer ;

D^r Yves LEQUEUX, médecin généraliste, Saint-Père-en-Rets ;

P^r Pierre LOMBRIL, professeur de santé publique, CHU, Nantes ;

M. Georges MAGUEREZ, consultant, réseau GMLS ;

M^{me} Marie-France MAILLET, membre du collège d'accréditation, directrice des soins infirmiers, clinique Le Bouscat ;

M^{me} Dominique MARTIN, correspondante de l'Anaes, cadre supérieur de santé, CHU, Reims ;

D^r Christian MICHEL, correspondant de l'Anaes, généraliste, Dunkerque ;

D^r Patrick MIGET, correspondant de l'Anaes, médecin généraliste, hôpital local, Pompey ;
D^r Yves PASSADORI, correspondant de l'Anaes, gériatre, Maison Médicale personnes âgées, CH Mulhouse ;
M. Dominique PERISSE, correspondant de l'Anaes, adjoint directeur IFSI, hôpital Toulouse ;
D^r Jean-François QUARANTA, membre du collège de l'accréditation, coordonnateur des Vigilances Sanitaires et de la Gestion des Risques ;
D^r Jean-Louis QUENON, chef de projet, gestion des risques, hôpital, PESSAC ;
M^{me} Janine QUERCY, Centre Hospitalier, Le Chesnay ;
M^{me} Isabelle ROBINEAU, correspondante de l'Anaes, responsable qualité, EPS de Ville-Evrard ;

D^r Florence SAILLOUR-GLENISSON, médecin chef du projet Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine ;
D^r Catherine SARTOR, correspondante de l'Anaes, médecin, HP-HM, Marseille ;
D^r Paul STROUMZA, correspondant de l'Anaes, néphrologue, clinique Résidence du Parc, Marseille ;
P^r Jean-Louis TERRA, psychiatre, CH Le Vinatier, Lyon Bron ;
M. Pascal VASSEUR, correspondant de l'Anaes, infirmier libéral, Marseille ;
M. Claude VILCOT, directeur qualité, groupe Hopale, Berck sur Mer ;
D^r Anne VIVIEN, chef de projet, Anaes.

SOMMAIRE

STRATÉGIE DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE.....	9
INTRODUCTION.....	10
PREMIÈRE PARTIE : LES ÉLÉMENTS DE GESTION DE PROJET	12
DÉCIDER L'AUDIT CLINIQUE.....	13
I. Dans quel contexte la demande s'inscrit-elle ?.....	13
II. Le thème est-il une priorité ?	14
III. Les moyens seront-ils alloués ?.....	15
IMPLIQUER LES ACTEURS.....	16
I. La structure qualité	16
II. Le demandeur	17
III. Le chef de projet	17
IV. L'équipe projet	20
V. Les autres partenaires	24
COMMUNIQUER AUTOUR DU PROJET.....	25
I. Le plan de communication	25
II. L'information et la communication auprès des différents acteurs	27
DEUXIÈME PARTIE: L'AUDIT CLINIQUE.....	29
PRÉPARER L'AUDIT CLINIQUE.....	30
I. Le lancement de la démarche avec l'équipe projet	30
II. Le référentiel.....	31
III. La construction des outils de recueil des données.....	33
IV. Le protocole d'audit clinique	34
V. L'organisation de la phase du recueil des données.....	38
RECUEILLIR LES DONNÉES	40
I. Le recueil des données	40
II. Le contrôle de la qualité des données	41
III. La saisie des données	41
TRAITER LES RÉSULTATS ET PROPOSER DES AXES D'AMÉLIORATION.....	43
I. La présentation des résultats.....	43
II. L'analyse des résultats	46
III. Les axes d'amélioration.....	50
IV. La restitution des résultats au niveau institutionnel.....	51
V. Le rapport d'audit	51

TROISIÈME PARTIE : LE PLAN D'AMÉLIORATION	52
CRÉER UNE DYNAMIQUE DE CHANGEMENT	53
I. L'analyse de l'environnement	53
II. Les stratégies d'accompagnement du changement	54
III. La conduite du changement	55
DÉFINIR ET PILOTER LE PLAN D' ACTIONS	57
I. La démarche projet	57
II. Le choix des actions	57
III. la planification des actions	59
IV. Le pilotage des actions	60
RÉÉVALUER LA SITUATION	62
I. Un deuxième tour d'audit	62
II. L'utilisation d'indicateurs	63
CONCLUSION	64
ANNEXE 1. RÉALISATION D'UN AUDIT CLINIQUE ORGANISÉ PAR UNE STRUCTURE EXTÉRIEURE	65
ANNEXE 2. RÉUNIONS DE L'ÉQUIPE PROJET	67
ANNEXE 3. PLAN DE COMMUNICATION POUR UNE ÉTAPE DONNÉE	68
ANNEXE 4. GRILLE D'ÉVALUATION DE LA POSE D'UNE SONDE URINAIRE	69
ANNEXE 5. ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE LA POSE ET DE LA SURVEILLANCE DES SONDES URINAIRES	72
ANNEXE 6. DIAGRAMME D'ISHIKAWA : EXEMPLE APPLIQUÉ AU COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION	75
ANNEXE 7. LA DOCUMENTATION DE L'AUDIT CLINIQUE	76
ANNEXE 8. PLAN TYPE DU RAPPORT DE L'AUDIT CLINIQUE	77
ANNEXE 9. FICHE PROJET : EXEMPLE D'UN PROJET DE PRÉVENTION ET DE TRAITEMENT DES ESCARRES	78
ANNEXE 10. FICHE ACTION : APPLIQUÉE AU PROJET DE PRÉVENTION ET DE TRAITEMENT DES ESCARRES	82
ANNEXE 11. DIAGRAMME DE GANTT : EXEMPLE DE PROGRAMME INFORMATIQUE APPLIQUÉ AU PROJET DE PRÉVENTION ET DE TRAITEMENT DES ESCARRES	83
ANNEXE 12. EXEMPLE DE TABLEAU DE BORD EXPRIMANT LES RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION DE LA TENUE DU DOSSIER DE SOINS	84
GLOSSAIRE	85
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	87
RÉFÉRENCES INTERNET	88

STRATÉGIE DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

La recherche documentaire a été faite par interrogation des bases de données bibliographiques MEDLINE et BDSP (2000-2003).
Seules les publications de langue française ou anglaise ont été retenues.

Sujet/Type d'étude		Période
	Termes utilisés	
L'audit		2000-2003
Étape 1	<i>Audit OU Management audit OU Nursing audit OU Medical audit.</i>	283
ET		
Étape 2	<i>Total quality management OU Management quality circles OU Quality control OU Health care quality OU Quality assurance, health care OU Quality indicators, health care OU Quality of health care OU Standard OU Organization and Administration.</i>	
La littérature française sur le sujet (BDSP)		2000-2003
Étape 1	Audit (dans le titre)	111
Nombre de références		
	Nombre total de références obtenues par la recherche documentaire.	394

INTRODUCTION

— *Qu'est-ce que l'audit clinique ?*

« L'audit clinique est une 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. » (1, 2)

L'audit clinique est une méthode d'évaluation dont la principale caractéristique est de comparer des pratiques professionnelles à un référentiel. Cette notion de référentiel est de moins en moins étrangère au monde de la santé :

- les professionnels de santé, soucieux de délivrer des soins appropriés, sont de plus en plus demandeurs de références ;
- les patients, mieux informés, connaissent l'existence de références, voire de leur contenu.

L'audit clinique est une méthode de diagnostic orientée vers l'action. Son but est d'améliorer la qualité des soins délivrés aux personnes soignées. La réalisation d'un audit clinique induira souvent des changements dans la pratique des professionnels de santé, qui devront se décliner dans un plan d'amélioration.

— *Qu'est-ce qu'un plan d'amélioration ?*

Le plan d'amélioration découle des conclusions de l'audit clinique. C'est un ensemble d'actions décidées et mises en œuvre avec les professionnels concernés, puis évaluées.

Il se décline de façon différente selon la fréquence, la gravité et les conséquences des écarts mis en évidence par l'audit clinique. Les changements attendus peuvent concerner les pratiques, les organisations, les moyens, les stratégies...

— *À qui ce guide est-il destiné ?*

Ce guide est conçu pour accompagner les professionnels des établissements de santé qui souhaitent conduire un audit clinique et son plan d'amélioration. Il concerne tout autant les décideurs hospitaliers que les responsables impliqués dans l'amélioration de la qualité des soins et l'accréditation : directeurs d'établissements, responsables de la qualité, présidents d'instances, médecins, cadres de santé...

— ***Pourquoi ce guide ?***

L'expérience acquise par l'Anaes et les professionnels de santé depuis plus de dix ans et en particulier la conduite des programmes d'audits proposés de 1999 à 2001, auprès de 300 établissements de santé publics et privés, a fait évoluer la méthode de l'audit clinique.

Cette large expérience permet de présenter maintenant la démarche en deux phases :

- une phase de mesure appelée « l'audit clinique » qui va de la décision de s'engager dans un audit clinique jusqu'à la proposition d'axes d'amélioration ;
- une phase d'amélioration qui prévoit les actions sélectionnées à mettre en œuvre pour réduire les écarts identifiés, les stratégies de changement et la nouvelle évaluation de la situation.

L'expérience montre la nécessité de renforcer la dimension du plan d'actions. De plus, des éléments de gestion de projet judicieusement utilisés sont un facteur de réussite.

— ***Comment utiliser ce guide ?***

Ce document est divisé en trois parties :

- la première partie présente les éléments de gestion de projet : la prise de décisions, l'implication des acteurs et la communication ;
- la deuxième partie détaille les différentes étapes de l'audit clinique : la préparation de l'audit clinique, le recueil des données, le traitement des résultats et la proposition d'axes d'amélioration ;
- la troisième partie rappelle quelques principes de la conduite du changement avant de présenter la préparation et le pilotage du plan d'actions ainsi que la nouvelle évaluation.

Un schéma général permet de visualiser l'enchaînement des étapes dans la démarche d'amélioration continue de la qualité soutenue par la démarche-projet.

Une approche pratique a été privilégiée. Dans chacun des chapitres, les objectifs de l'étape sont annoncés, les méthodes et les outils de la qualité permettent de progresser dans la démarche et des exemples concrets sont proposés. De nombreux supports pratiques sont présentés dans les annexes.

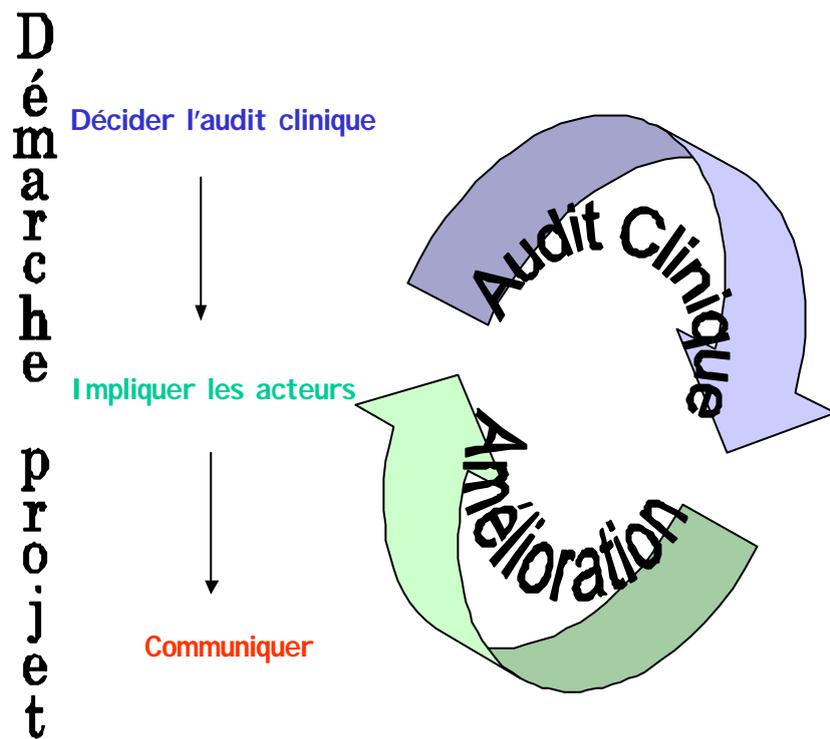
La revue de la littérature et l'expérience acquise lors des programmes d'audit clinique ont permis d'identifier les facteurs de réussite ; ils sont présentés par une icône et un « demandez-vous » qui indique les questions que vous devez vous poser avant de passer à l'étape suivante.



Demandez-vous :

-

PREMIÈRE PARTIE : LES ÉLÉMENTS DE GESTION DE PROJET



DÉCIDER L'AUDIT CLINIQUE

S'engager dans un audit clinique n'a d'intérêt que si l'on recherche les meilleures stratégies de soins. Conduire un audit clinique et un plan d'amélioration nécessitent de réunir des conditions favorables et représentent pour les acteurs du projet une charge de travail conséquente. Les responsables de l'établissement et le chef de projet doivent s'interroger sur un certain nombre de points avant de prendre la décision de s'investir dans une telle démarche.

Au cours de cette étape, vous allez vous interroger sur :

- la nécessité de conduire un audit clinique ;
- la pertinence du choix de l'audit clinique en tant que méthode d'amélioration de la qualité ;
- votre capacité en termes de moyens à conduire cet audit et le plan d'amélioration.

I. DANS QUEL CONTEXTE LA DEMANDE S'INSCRIT-ELLE ?

L'origine et le motif de la demande sont des paramètres qui doivent être identifiés au préalable. En effet, le demandeur de l'audit doit avoir précisé le contexte général du projet dans lequel il s'inscrit, les objectifs généraux visés, les bénéficiaires. Il est souvent conseillé d'aider le demandeur à formuler ces différents éléments d'autant que les origines peuvent être variables.

Il peut s'agir :

- de la direction générale : dans le cadre du projet d'établissement, du contrat d'objectifs et de moyens... ;
- de la structure qualité de l'établissement (cellule ou comité : qualité, évaluation, accréditation, vigilances...) dans le cadre de la mise en œuvre de la démarche qualité ou d'une préparation à l'accréditation ;
- d'une instance décisionnelle ou consultative dans le cadre de son programme d'actions... ;
- d'une direction fonctionnelle ;
- d'un chef de service, d'un responsable de secteur ou de service...

L'objectif général visé en réalisant un audit clinique doit être identifié.

Cherche-t-on à :

- produire de l'information, dans le but d'acquérir une meilleure connaissance et compréhension d'une situation clinique, d'un fonctionnement ? On pourrait qualifier cela d'audit diagnostique initial ;

Exemple : réaliser un audit du dossier du patient dans le but de définir les orientations d'un programme d'amélioration au niveau institutionnel.

- évaluer le niveau de conformité des pratiques à un référentiel donné en vue de les améliorer ? On peut le qualifier d'audit d'efficacité ;

Exemple : réaliser un audit sur le lavage des mains six mois après avoir diffusé la procédure dans tous les services cliniques.

- résoudre une situation préoccupante ou un problème à répétition. L'audit sert alors d'outil d'analyse qui va permettre de comprendre où se situe le dysfonctionnement.

Dans tous les cas, et plus encore dans le dernier, il est nécessaire d'examiner attentivement la situation avec les différents partenaires et de s'assurer que l'audit clinique est la méthode la plus appropriée pour apporter des solutions au problème posé. En effet, d'autres méthodes pourraient être plus adaptées telles que la méthode de résolution de problèmes, l'analyse de la morbidité-mortalité, le *benchmarking*... (2).



Demandez-vous :

- *la finalité de l'audit clinique et les objectifs recherchés sont-ils clairement exprimés ?*
- *le contexte est-il favorable ? N'y a-t-il pas concurrence de projets dans l'établissement ?*
- *la méthode de l'audit clinique est-elle la méthode la plus pertinente, au regard de la situation à améliorer ?*

NB : vous avez peut-être l'opportunité de participer à un programme d'audit clinique multicentrique, organisé par une tutelle, une société savante, une organisation professionnelle. Cette possibilité n'est pas développée dans le cadre de ce document mais des propositions s'appuyant sur l'expérience anglaise (3) en matière de programmes d'audits nationaux vous sont présentées dans l'annexe 1.

II. LE THÈME EST-IL UNE PRIORITÉ ?

Le caractère prioritaire du thème d'audit proposé peut être évalué en fonction de :

- la fréquence de la pratique ;
- sa criticité pour le patient ;
- son caractère hétérogène.

Le sujet doit aussi relever d'un domaine pour lequel il existe des recommandations scientifiques, réglementaires, professionnelles et un potentiel d'amélioration susceptible de motiver les équipes (1).

Si vous pensez que le sujet n'est pas une priorité actuelle ou que les efforts à déployer pour l'améliorer sont trop lourds en regard des bénéfices recherchés, il est inutile d'investir du temps dans cette démarche.



Demandez-vous :

- *le thème est-il une priorité actuelle ?*
- *le thème correspond-il à une préoccupation forte des professionnels ?*
- *êtes-vous prêt à vous engager dans un plan d'amélioration et dans une nouvelle évaluation ?*

III. LES MOYENS SERONT-ILS ALLOUÉS ?

La conduite d'un audit clinique et plus encore la mise en œuvre d'un plan d'actions requièrent des ressources humaines, des moyens matériels et financiers.

— ***Les ressources humaines***

Il est nécessaire de s'assurer que l'on pourra trouver un chef de projet compétent, une équipe mobilisée, un secrétariat disponible, des collègues coopérants...

— ***Les ressources matérielles***

Elles relèvent du domaine logistique et informatique (photocopieur, ordinateur et tableur ou logiciel pour la saisie des données) et doivent être facilement accessibles.

— ***Les moyens financiers***

Même s'ils sont difficiles à estimer avec précision à la phase de démarrage, car ils sont dépendants des résultats de l'audit et du choix des actions d'amélioration, il est essentiel de savoir si la direction est prête à s'engager à allouer les moyens nécessaires à la conduite de ce projet.

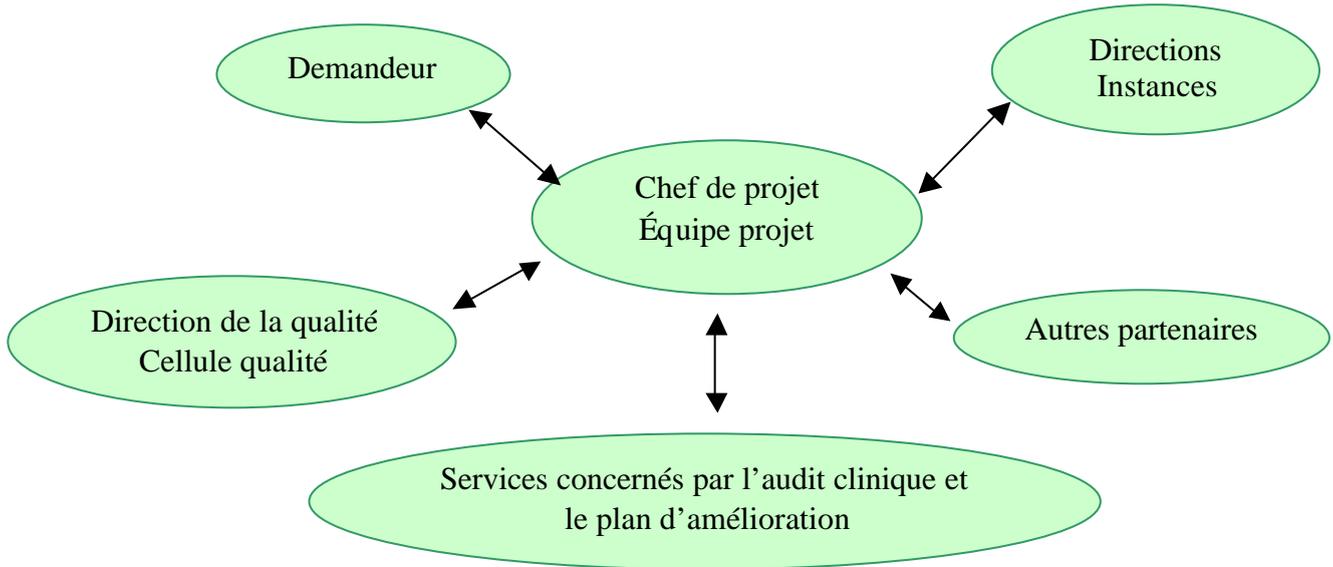


Demandez-vous :

- *disposez-vous d'un professionnel pouvant assumer la fonction de chef de projet ?*
- *avez-vous la possibilité de constituer une équipe projet et de la former ?*
- *la direction est-elle prête à engager les moyens nécessaires à la réalisation de l'audit clinique puis à la mise en œuvre du plan d'amélioration ?*

IMPLIQUER LES ACTEURS

La conduite d'un audit clinique et du plan d'amélioration nécessitent de faire travailler ensemble, dans un contexte en constante évolution, différents types d'acteurs. Expérimentés dans des domaines variés, souvent attachés hiérarchiquement à leur structure d'origine, leur positionnement dans le projet est parfois différent de celui lié à leur fonction habituelle. C'est pourquoi, une clarification et une distribution des rôles sont souhaitables dès le démarrage du projet.



Au cours de cette étape, vous allez :

- identifier les partenaires et les structures susceptibles d'apporter leur contribution au projet ;
- répartir les rôles : demandeur, chef de projet, équipe projet, autres acteurs ;
- définir les modalités de fonctionnement de l'équipe projet.

I. LA STRUCTURE QUALITÉ

Depuis quelques années, les établissements de santé ont mis en place des structures qualité dont la mission principale est de piloter la démarche qualité et de coordonner les actions d'amélioration. En fonction de la taille et de l'organisation des établissements, les structures qualité comportent un nombre variable de personnes ressources : il peut s'agir d'une seule personne dont une partie du temps de travail est consacrée à la démarche ou d'une cellule qualité ou d'une direction qualité regroupant plusieurs métiers. De ce fait, l'investissement dans l'accompagnement des audits cliniques est variable. Elles peuvent apporter un soutien méthodologique, logistique, organiser l'information au niveau institutionnel... Dans tous les cas, elles doivent être informées de l'audit clinique et du plan d'amélioration car elles assurent le relais au niveau de l'établissement.

II. LE DEMANDEUR

Quelquefois appelé « le commanditaire », il est celui qui passe la commande du projet.

Après s'être assuré de ses compétences et de sa disponibilité, le demandeur peut nommer le chef de projet, puis il valide avec lui la composition de l'équipe projet.

Il explicite les liens avec les autres projets en cours dans l'établissement, fixe et clarifie les objectifs avec le chef de projet. Il détermine les délais et négocie les moyens allouer à l'audit. La négociation des moyens pour le plan d'amélioration sera dépendante des résultats de l'audit.

Tout au long de la démarche, il est disponible et s'assure de l'avancement du projet. Participant aux actions de communications, il valorise le projet au niveau institutionnel.

III. LE CHEF DE PROJET

Posséder une expérience dans la gestion de projet, maîtriser la méthode de l'audit clinique, savoir conduire le changement et communiquer... cela pourrait être le profil idéal du chef de projet !

Choisi pour sa capacité à conduire des projets et exerçant de préférence une fonction d'encadrement dans l'établissement, il est un véritable manager, reconnu pour ses compétences et son *leadership* (4-8).

Selon la taille de l'établissement, l'ampleur du sujet et l'expérience des professionnels, le chef de projet peut être assisté d'un adjoint.

Le travail en binôme contraint à une bonne coordination mais offre des avantages :

- une complémentarité des compétences sur le thème et la méthode ;
- une continuité dans la démarche en l'absence d'un des responsables du projet ;
- des acquis susceptibles d'amener ultérieurement l'adjoint du chef de projet à assurer seul la conduite d'un projet.

Le chef de projet ayant piloté l'audit clinique n'a pas toujours la légitimité pour poursuivre sa mission lors de la mise en œuvre du plan d'amélioration. La décision du changement de cet acteur interviendra le plus souvent en raison du caractère spécifique des actions d'amélioration. Cependant, les qualités requises pour le chef de projet sont identiques.

— *Quel est son rôle ?*

Assurant le pilotage de l'audit clinique et du plan d'amélioration, le chef de projet joue trois rôles essentiels :

- manager : il guide l'équipe projet et les professionnels des unités de soins engagées dans la démarche d'amélioration de la qualité des soins ;
- coordonnateur ou pilote du projet (il porte parfois ces noms) : il planifie et coordonne les différentes actions en tenant compte des moyens alloués et en cohérence avec les projets de l'institution ;
- expert dans la méthode : il utilise les différentes méthodes de travail et d'amélioration de la qualité, il est garant de l'aboutissement du projet.

À chaque rôle sont attachées des missions qui font appel aux compétences que l'on attend de lui.

— *Quelles sont les missions du chef de projet et les compétences attendues ?*

Certaines compétences pouvant être utilisées pour remplir plusieurs missions, seules les plus caractéristiques sont mises en parallèle dans le tableau 1.

Tableau 1 – Rôles, missions et compétences du chef de projet

RÔLES	MISSIONS	COMPÉTENCES ET CAPACITÉS
MANAGEUR	<ul style="list-style-type: none"> - Constituer l'équipe projet - Définir les rôles et les responsabilités - Animer l'équipe projet - Définir les orientations et les stratégies du projet d'amélioration en cohérence avec les objectifs d'établissement - Créer une dynamique de changement 	<ul style="list-style-type: none"> - Identification des capacités et des potentiels chez les professionnels pressentis - Capacités d'analyse et de gestion des compétences - Écoute et concertation - Conduite de réunions (annexe 2) - Capacité à négocier et à décider - Mobilisation des acteurs - Capacité à conduire le changement
COORDONNATEUR	<ul style="list-style-type: none"> - Planifier les étapes de l'audit clinique et en suivre l'avancement - Piloter le plan d'amélioration - Coordonner le déroulement de la démarche avec les autres projets de l'institution - Coordonner les actions - Fédérer les moyens humains et matériels - Établir et assurer les plans de communication 	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation et anticipation - Capacité à utiliser les outils de pilotage de projet - Capacités d'adaptation - Gestion des délais et des contraintes - Négociation - Connaissance et maîtrise des techniques et outils de communication
EXPERT DANS LA METHODE	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir le respect des méthodologies utilisées - Développer les connaissances et les compétences des professionnels - Formaliser les documents 	<ul style="list-style-type: none"> - Connaissance et expérience des méthodes : <ul style="list-style-type: none"> ▪ de l'audit clinique ; ▪ de la conduite de projet ; ▪ d'amélioration de la qualité. - Capacité à transmettre des connaissances et des savoir-faire et à capitaliser les expériences acquises lors du projet - Capacités rédactionnelles



Vous êtes commanditaire, demandez-vous :

- *le chef de projet bénéficie-t-il de la confiance des professionnels de santé et de la direction ?*
- *le chef de projet dispose-t-il des compétences nécessaires à la réalisation de l'audit, à la conduite du projet et à l'animation d'une équipe ?*

IV. L'ÉQUIPE PROJET

Vous pouvez envisager la création d'une même équipe projet pour l'audit clinique et son plan d'amélioration ou renouveler partiellement l'équipe projet pour le plan d'amélioration. Cette seconde possibilité semble plus adaptée aux structures de grande taille et aux projets longs et complexes car elle évite l'essoufflement des professionnels.

— ***Quelle est sa composition ?***

Action prioritaire du chef de projet, la constitution de l'équipe projet répond à une double logique de compétences et de complémentarité.

Placée sous l'autorité fonctionnelle du chef de projet, l'équipe projet est composée de personnes reconnues pour leurs compétences dans la pratique à évaluer ou pour leur positionnement de *leader* :

- professionnels ayant une bonne connaissance du thème ;
- acteurs représentatifs des métiers impliqués dans la pratique étudiée ;
- professionnel(s) possédant des compétences méthodologiques.

L'expérience menée dans le cadre des programmes d'audits cliniques initiés par l'Anaes a montré que les équipes efficaces étaient pluriprofessionnelles et multidisciplinaires.

L'effectif d'une équipe projet ne doit pas dépasser 10 à 12 personnes. Toutefois, pour les petites structures, 4 ou 5 personnes suffisent pour constituer l'équipe projet.

Exemple : composition d'une équipe projet (extrait du rapport de l'audit national des pratiques de soins concernant les chambres à cathéter implantable, mené en 2001).

Coordonnateur de l'étude : M^{lle} M. : cadre de santé, responsable qualité de l'établissement

Des représentants des équipes médicales :

- D^f ... : oncologue
- D^f ... : pneumologue
- D^f ... : anesthésiste-réanimateur

Des représentants des équipes soignantes :

- M^{me} ... : infirmière responsable du service d'oncologie
- M^{me} ... : cadre de santé du service de pneumologie
- M^{me} ... : cadre de santé au bloc opératoire
- M^{mes} ... et ... : aides-soignantes au bloc opératoire
- M^{me} ... : infirmière du service d'oncologie
- M^{me} ... : pharmacien de l'établissement.

— ***Quel est son rôle ?***

L'équipe projet doit avoir intégré les raisons du déclenchement de l'audit clinique. Fédérée autour d'objectifs communs, elle constitue avec le chef de projet un groupe cohérent, motivé, impliqué, dynamique et soudé.

Au cours de l'audit clinique et du plan d'amélioration, des activités spécifiques à chacune des étapes sont confiées aux membres de l'équipe projet. D'autres contributions sont attendues telles que la participation aux réunions de travail et aux actions de communication auprès des équipes concernées par la démarche.

Les membres de l'équipe projet doivent donc concilier ces activités avec l'exercice de leur fonction au quotidien. C'est pourquoi l'accord de leur hiérarchie doit être requis et leur disponibilité obtenue pour le projet.

— ***Comment constituer une équipe projet ?***

Vous choisirez de préférence les membres de l'équipe projet parmi des professionnels volontaires et motivés. Leur implication dans le projet, avec la notion d'engagement pour un temps limité, est essentielle compte tenu de la charge de travail qui leur sera demandée.

1. Définir le profil de l'équipe projet en termes de représentativité, d'expériences et de compétences ;
2. Solliciter les personnes selon les modalités définies :
 - appel à candidature ;
 - sollicitations individuelles (éventuellement au cours des entretiens annuels professionnels) ;

3. Annoncer la charge de travail aux personnes pressenties (rythme des réunions, travail intermédiaire...) et apprécier leurs disponibilités ;
4. Établir la liste définitive des membres de l'équipe projet ;
5. Informer de la composition de l'équipe projet :
 - *le demandeur ;*
 - *le supérieur hiérarchique de chacun des membres ;*
 - *la direction ;*
 - *les instances.*
6. Proposer éventuellement un complément de formation pour l'ensemble de l'équipe projet

Exemple : mise au point juridique sur le dossier du patient – loi de mars 2002.



Chef de projet, demandez-vous :

- *le profil de l'équipe est-il défini ?*
- *le rôle de l'équipe projet est-il clairement annoncé ?*
- *la durée prévisionnelle de la mission est-elle connue de l'équipe projet et de leur supérieurs ?*

— **Comment manager l'équipe projet ?**

L'équipe projet rassemble des personnes qui ont leur expérience et leur personnalité. Tout l'art du chef de projet va consister à faire émerger du groupe une efficacité collective et à créer un esprit d'équipe. Il fera preuve d'imagination pour instaurer un climat de confiance dans un environnement et un contexte quelquefois peu favorables. Il aura à proposer des modalités de travail productives (individuel, sous-groupes, en équipe) qui apportent de la cohérence sans multiplier les temps de réunions.

Les membres de l'équipe projet ont besoin de connaître le rôle de chacun, le fonctionnement du groupe et les comportements indispensables à la réussite de la démarche et de partager des valeurs et des règles communes.

Le chef de projet définit les règles de fonctionnement pour une meilleure efficacité. Ces éléments peuvent être regroupés dans une charte.

En complément de son utilité fonctionnelle, cette charte est un outil de management pour le chef de projet. Elle développe la cohésion de l'équipe projet et permet d'anticiper ou de prévenir les désaccords et les conflits.

Un modèle de charte vous est proposé. Adaptez-le à votre projet en précisant chaque point.



Chef de projet, demandez-vous :

- *chacun sait-il bien ce qui est attendu de lui ?*
- *chaque membre de l'équipe a-t-il accès à toutes les informations dont-il a besoin ?*

— Charte de l'équipe de projet de :

1. Cadrage du projet

Il précise les grandes lignes du projet, ses objectifs, ses enjeux, ses risques, la place de l'audit clinique et de son plan d'actions dans la démarche d'amélioration de la qualité de l'établissement.

2. Prise de décisions

Les marges de manœuvre sont définies.

Les décisions sont validées par le commanditaire et la direction de l'établissement.

3. Rôle de l'équipe projet

Le rôle de chacun est précisé.

4. Clarification de la relation entre le chef de projet et l'équipe projet

Principe d'autorité fonctionnelle sans relation hiérarchique.

5. Management de l'équipe projet - Délégation

Le management est de mode participatif, basé sur la mobilisation des compétences. La délégation repose sur la confiance, la responsabilisation de chacun.

6. Suivi de l'avancement du projet

Le chef de projet prévoit des temps de coordination avec l'équipe projet pour suivre l'avancement des différentes étapes du projet.

La fréquence et les modalités du suivi sont préalablement établies.

7. Accessibilité aux membres de l'équipe projet des informations nécessaires à la réalisation de leurs actions

Les informations utiles au projet sont accessibles aux membres de l'équipe projet selon les modalités définies.

8. Exigences de rigueur dans le travail des membres de l'équipe projet

Conformité des travaux par rapport aux demandes. Respect des délais pour les actions.

9. Règles de confidentialité relatives à l'audit clinique et au projet

Les règles de confidentialité sont mentionnées. Toute personne intervenant au niveau de l'audit clinique doit en prendre connaissance.

10. Communication au sein de l'équipe projet

La communication est structurée. Elle participe à la motivation du groupe et facilite l'adhésion des professionnels au projet.

11. Les moyens

Matériels :

Le groupe a un nom, un espace de travail matérialisé. Ces marques favorisent et entretiennent le sentiment d'appartenance de chacun à l'équipe projet.

Le groupe dispose d'outils bureautiques. C'est un moyen de reconnaissance de l'intérêt du projet au sein de l'établissement.

Humains :

Une allocation de temps consacré aux acteurs du projet est négociée avec les supérieurs hiérarchiques, la direction des ressources humaines et la direction générale.

En formation :

Chaque membre de l'équipe projet, en fonction de ses compétences, reçoit la formation ou le complément d'information nécessaire à l'accomplissement de ses missions.

V. LES AUTRES PARTENAIRES

- Les professionnels des unités de soins concernées par l'audit clinique et le plan d'amélioration

Ils collaborent à la mise en œuvre de l'audit clinique en fonction des modalités définies dans le protocole d'audit et analysent leurs résultats. Ils conduisent le plan d'amélioration : sélectionnent les actions, les mettent en œuvre, évaluent les résultats, mesurent l'impact de la démarche dans leurs services et réalisent les réajustements. Ils fournissent au chef de projet les informations utiles au développement du projet.

Par la conduite de différentes actions d'amélioration de la qualité, les professionnels vont acquérir progressivement les méthodes et les outils et faire évoluer la culture qualité dans leur établissement.

Les facteurs d'engagement dans la démarche sont dépendants du professionnalisme du chef de projet, de la valorisation de la démarche, des bénéfices obtenus en termes de qualité de soins et de qualité de vie au travail.

- Les autres parties prenantes

Identifiez tous les partenaires potentiels et assurez-vous qu'ils approuvent le projet. Donnez de la visibilité à la démarche et aux résultats selon les modalités définies dans votre plan de communication.

Selon les besoins de la démarche :

- obtenez le soutien de différents partenaires «stratégiques » ou «politiques » tels que le président du comité d'évaluation, le coordonnateur des soins, les présidents des instances décisionnelles et consultatives...
- sollicitez les personnes susceptibles d'apporter une contribution directe à la réalisation du projet telles que le médecin du département d'information médicale du fait de ses compétences en informatique et en statistiques, le responsable de la formation continue si des actions de formation sont à prévoir, l'équipe opérationnelle d'hygiène...
- négociez l'acquisition de moyens matériels, financiers et humains auprès des responsables qui gèrent les ressources : responsable des services économiques, pharmacien, service informatique...



Commanditaire et chef de projet, demandez-vous :

- *toutes les ressources mobilisables sont-elles identifiées ?*
- *les conditions d'un partenariat efficace sont-elles réunies ?*

COMMUNIQUER AUTOUR DU PROJET

La communication est un axe transversal du projet et un acte indispensable à chaque étape du projet. C'est une des conditions de réussite pour travailler véritablement ensemble et construire progressivement le projet.

C'est aussi soutenir et enrichir le projet tout au long de son existence et donner l'envie qu'il devienne une ambition collective ; la condition pour cela est d'avoir une communication adaptée à chaque public et à chaque étape.

Ce chapitre a pour objectif de vous permettre d'organiser la communication promotionnelle du projet au niveau institutionnel et la communication de nature opérationnelle au sein de l'équipe projet et auprès des équipes des services concernés. Le plan de communication constitue un moyen privilégié pour organiser efficacement les opérations de communication.

Au cours de cette étape, vous allez :

- établir un plan de communication ;
- identifier les cibles qui doivent faire l'objet d'une communication particulière et les formes qu'elle peut prendre.

I. LE PLAN DE COMMUNICATION

C'est le chef de projet qui porte la communication tout au long du projet, c'est donc à lui que revient la responsabilité d'établir et de mettre en œuvre le plan de communication après l'avoir discuté avec l'équipe projet.

Le plan de communication est à adapter en fonction de la taille de la structure, l'ampleur de l'audit et les enjeux du plan d'amélioration. Vous avez le choix entre deux stratégies : la première consiste à être cohérent avec les modes de communication habituels de la structure, la seconde à innover sur le fond ou la forme. Dans ce cas, ne soyez pas trop ambitieux afin d'éviter d'être en échec par manque de moyens, de temps ou de savoir-faire.

Le plan de communication doit être simple et compréhensible, il fait l'objet d'un document écrit. Voici les principes essentiels à respecter à chacune des étapes du projet :

- **identifiez les destinataires de l'information** pour adopter des stratégies de communication différenciées. Il s'agit en premier lieu, des responsables institutionnels, des instances, de l'encadrement et des équipes professionnelles. Vous pouvez également présenter votre démarche aux représentants des usagers, aux tutelles...

- **définissez les objectifs de communication :**
 - au lancement du projet : c'est informer et promouvoir le projet ;
 - aux moments-clés du développement du projet : c'est donner de la visibilité et de la crédibilité pour augmenter les chances d'adhésion à l'audit et favoriser la mise en œuvre du plan d'actions ;
 - lors des bilans de l'audit et du plan d'actions ; c'est restituer les résultats et valoriser les points forts.
- **déterminez les messages prioritaires** en lien avec l'objectif et le destinataire. Vous pouvez associer un message-clé transversal par exemple sur la démarche-qualité entreprise par l'établissement, l'intérêt de l'évaluation des pratiques professionnelles.
- **choisissez et positionnez les acteurs** participant aux différentes actions de communication comme le demandeur, le chef de projet, un responsable, un membre de l'équipe projet ...
- **sélectionnez les méthodes de communication :** Identifiez tout d'abord les méthodes habituellement pratiquées dans la structure (conférences, réunions, entretiens, journal interne, intranet ...) et celles que vous maîtrisez, puis si vous le souhaitez, proposez des approches ou des méthodes innovantes.
- **prévoyez l'organisation :** le calendrier, les lieux de communication, le matériel, les supports écrits et visuels.

Vous pouvez utiliser l'outil QQQCCP pour penser à tous les aspects du dispositif de communication (2) Cet outil permet de répondre aux questions suivantes : comment mettre en place le plan de communication ? Quand ? Où et combien de fois communiquer ? Qui fait quoi et pourquoi ?

Sachez que le plan de communication peut évoluer comme un planning et faire l'objet de mises à jour régulières et qu'il nécessite une charge de travail à ne pas sous-estimer. Enfin, pensez à mesurer régulièrement l'impact de la communication en faisant le point avec les personnes concernées et l'équipe projet, repérez également les difficultés et les éléments du contexte pouvant réduire l'efficacité des actions de communication.

Demandez-vous :

- *le plan de communication est-il concordant avec les grandes étapes du projet ?*
- *tous les professionnels devant être destinataires de l'information sont-ils pris en compte ?*
- *les méthodes de communication sont-elles compatibles avec la culture de l'établissement et vos possibilités ?*
- *le plan de communication contient-il un planning et les modalités des actions de communication ?*



II. L'INFORMATION ET LA COMMUNICATION AUPRÈS DES DIFFÉRENTS ACTEURS

II.1. L'information et la communication au niveau institutionnel

La nécessité de structurer l'information est d'autant plus grande que l'établissement est de taille importante et les projets nombreux.

Les deux temps essentiels se situent lors :

- du lancement de la démarche. Vous aurez à présenter auprès des directions, des responsables et des instances concernés, les objectifs, les différentes étapes et l'organisation envisagée ;

Vous trouverez à l'annexe 3, un exemple de plan de communication appliqué au lancement de l'audit sur le dossier du patient.

- de la restitution des résultats de l'audit clinique et du plan d'amélioration. Vous aurez à présenter les résultats obtenus par les équipes et les bénéfices pour les patients, les professionnels et la structure. Vous aurez également à valoriser l'implication des acteurs dans la démarche.

Ces actions de communication donnent de la crédibilité au changement souhaité et augmentent les chances de considérer l'audit et le plan d'actions comme des stratégies efficaces d'amélioration de la qualité des soins (3).

Selon l'étape du projet et les destinataires de cette information, les modalités de communication : conférences, réunion d'encadrement, communication lors des séances des instances, journal interne... seront à définir dans un plan de communication institutionnel.



Demandez-vous :

- *le plan de communication prend-il en compte les enjeux ainsi que les stratégies nécessaires pour mobiliser au mieux l'institution ?*
- *offre t-il une bonne visibilité de la démarche projet ?*
- *valorise t-il les bénéfices obtenus et l'implication des professionnels ?*

II.2. La communication au sein de l'équipe projet

Elle poursuit plusieurs buts :

- échanger des informations permettant à chacun de connaître l'état d'avancement du projet, de réaliser les actions prévues et d'en assurer la coordination ;
- développer une synergie au sein de l'équipe projet permettant ainsi d'atteindre les objectifs dans les délais fixés et dans une bonne ambiance de travail.

Pour répondre à ces objectifs, le chef de projet aura pour mission de structurer la communication à travers un système approprié à la structure de soins : réunions, entretiens, documents écrits, messagerie, téléphone, relations informelles....

Les réunions de projet constituent un mode de communication privilégié permettant au chef de projet et à l'équipe projet de coordonner leurs actions à chaque étape, notamment lors de :

- la réunion de lancement de la démarche ;
- les réunions d'avancement du projet (sans pour autant les multiplier) ;
- la réunion de clôture ;

Les modalités de ces réunions sont présentées à l'annexe 2.

Le chef de projet a pour mission de préparer et d'animer les réunions tout en apportant une note conviviale. Il aura à assurer le suivi des décisions et la traçabilité des réunions et à formaliser les documents élaborés tout au long du projet. Un tableau explicatif présentant les objectifs et les documents à produire à chacune des étapes de l'audit clinique et du plan d'amélioration est proposé à l'annexe 7.



Chef de projet, demandez-vous :

- *quel système d'information allez-vous mettre en place au sein de l'équipe projet ?*
- *quelles méthodes de communication allez-vous choisir pour fédérer l'équipe ?*

II.3. L'information des services concernés par le projet

Pour informer les services, vous aurez besoin de mobiliser l'encadrement : médecins responsables des services et cadres de santé, dans la diffusion des informations utiles à la compréhension de l'audit et à la mise en œuvre du plan d'actions. Chaque membre de l'équipe projet peut être le correspondant pour un ou plusieurs services.

L'information destinée aux professionnels de santé concernés par le projet poursuit plusieurs objectifs :

- donner et recueillir de l'information ;
- engager les équipes dans le plan d'actions ;
- identifier les problèmes.

L'information est souvent à prévoir sur des temps courts et renouvelés, compte tenu de la disponibilité des équipes. Des documents synthétiques et attractifs constituent un excellent vecteur de communication.

Pour être efficace et obtenir la confiance des professionnels du terrain, prévoyez une communication :

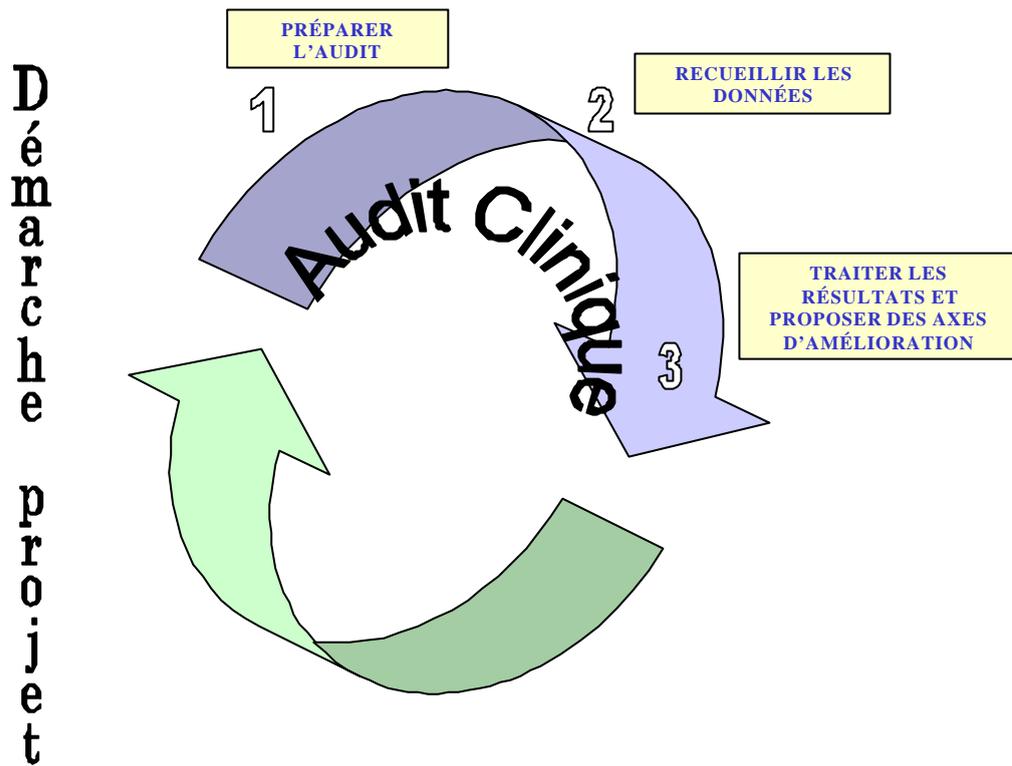
- régulière pour alimenter les acteurs en points de repère et vérifier leur compréhension ;
- recadrée pour rappeler les objectifs, les modalités... ;
- redondante et pédagogique ;
- interactive pour inviter les acteurs à faire part de leurs observations ;
- authentique car il faut tenir compte aussi bien des avancées que des difficultés.



Chef de projet, demandez-vous :

- *avez-vous choisi des méthodes de communication adaptées aux besoins des équipes ?*
- *comment allez-vous mobiliser l'encadrement ?*
- *avez-vous pris suffisamment en compte le contexte ?*

DEUXIÈME PARTIE : L'AUDIT CLINIQUE



PRÉPARER L'AUDIT CLINIQUE

La qualité de la préparation est un élément fondamental de la réussite de l'audit clinique, dans la mesure où elle détermine la pleine efficacité de la phase opérationnelle. Le chef de projet conduit cette étape et participe activement à sa réalisation avec l'aide de l'équipe projet.

Au cours de cette étape, vous allez :

- vous assurer d'une communauté de pensées et de connaissances au sein de l'équipe projet (vue partagée sur les objectifs poursuivis, l'audit clinique, le bilan de l'existant) ;
- finaliser et valider le référentiel d'évaluation ;
- préparer et valider la grille de recueil des données et le guide d'utilisation ;
- définir votre protocole d'audit (champ d'application, type d'étude, critères d'inclusion et d'exclusion, taille de l'échantillon, etc.) ;
- tester la concordance de recueil de données entre les différents auditeurs ;
- définir les modalités de recueil et de traitement des données.

I. LE LANCEMENT DE LA DÉMARCHE AVEC L'ÉQUIPE PROJET

Après vous être assuré que l'équipe projet a clairement identifié l'intérêt de réaliser un audit clinique sur le thème choisi et compris la méthode, définissez ensemble les objectifs et réalisez le bilan de l'existant pour avoir une bonne connaissance du contexte local. Prévoyez très rapidement les actions de communication destinées à informer les responsables institutionnels et les services. Par ailleurs, vous devez obtenir l'accord des professionnels des services concernés par l'audit clinique et les assurer de la confidentialité des informations qui seront recueillies.

— *La compréhension de la méthode de l'audit*

Le chef de projet doit expliquer clairement la méthode de l'audit clinique afin qu'il n'y ait pas de confusion avec d'autres méthodes comme, par exemple, l'enquête de pratiques ou l'étude épidémiologique. Il doit s'assurer que l'équipe projet a bien intégré le déroulement des différentes étapes de l'audit et organise, si nécessaire une séance de formation pour favoriser l'appropriation de la méthode.

— **La définition des objectifs**

L'objectif global de l'audit clinique est d'améliorer la pratique liée au thème. En fonction du thème, vous aurez à préciser cet objectif.

Exemple : améliorer la qualité de la prise en charge de la douleur des personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale.

Vous pouvez envisager des objectifs complémentaires comme celui d'amener le personnel à se familiariser avec l'évaluation des pratiques et la démarche d'amélioration de la qualité. Ces objectifs doivent être réalistes et peu nombreux. Il est nécessaire de les resituer dans le contexte de l'établissement et de s'interroger sur les facteurs de résistance et les facteurs facilitants pour positionner l'audit dans son environnement.

— **Le bilan de l'existant**

Il se base sur un état des lieux des pratiques qui résultent des habitudes locales (culture de service ou d'institution, contraintes géographiques...) et des documents existants (procédures, protocoles, fiches techniques, fiches de signalement d'évènements indésirables, consommation de matériel...). Il fournit l'occasion de vérifier si la réglementation et les dernières recommandations professionnelles sont prises en compte. La rencontre avec le personnel des services permet de compléter ce bilan.



Demandez-vous :

- *l'intérêt de l'audit, les objectifs recherchés et la méthode sont-ils bien compris par l'équipe projet ?*
- *le bilan de l'existant prend-il en compte les travaux portant sur le thème dans votre établissement ? Les documents sont-ils actualisés ?*
- *le plan de communication lié à la phase de lancement de l'audit est-il établi ?*

II. LE RÉFÉRENTIEL

Le référentiel de l'audit clinique est constitué de l'ensemble des critères. Les critères sont des éléments concrets, observables permettant de porter un jugement sur la conformité de la pratique ou du thème étudié dans le cadre de son évaluation... Ils peuvent être classés en :

- critères de ressources : ils concernent les ressources humaines et matérielles, les organisations... ;
- critères de processus : ils font référence aux processus de soins, de décision, à la communication... ce sont les plus utilisés dans l'audit clinique ;
- critères de résultats : ils visent à mesurer les conséquences des processus sur l'évolution clinique ou la situation des patients.

Cette classification présente l'avantage de faciliter ultérieurement l'analyse et de ce fait le choix des axes d'amélioration (9).

Étant donné que la phase d'élaboration des critères est une activité longue et complexe, il est judicieux d'utiliser un référentiel déjà existant, notamment lorsqu'il s'agit d'une première expérience d'audit clinique.

Le référentiel choisi doit permettre de porter un jugement valide sur la pratique à évaluer ; pour cela, plusieurs conditions sont à respecter (10) :

- Le référentiel doit être élaboré à partir de documents récents, validés, et s'appuyer en priorité sur la réglementation et les recommandations professionnelles. Les sources servant à la construction d'un référentiel sont multiples (11) comme l'indique le tableau 2.

Tableau 2 - Les sources de documentation d'un référentiel

<i>Source réglementaire</i>	- Directives nationales ou européennes ; ordonnances, lois, décrets, arrêtés, circulaires, Code de la Santé Publique, Code du travail...
<i>Source professionnelle</i>	- Les recommandations de pratique clinique ; - Les conférences de consensus ; - Les études scientifiques ; - Les avis d'experts ; - Les guides d'évaluation des pratiques professionnelles ; - Les protocoles nationaux ou locaux, reconnus et validés, conçus par l'Anaes, les sociétés savantes, un autre établissement ou l'équipe projet.
<i>Source normative</i>	- Les normes internationales ISO (Organisation Internationale de Normalisation), les normes européennes (EN) et les normes françaises (NF) ; - Les normes professionnelles (normes de qualité des soins par exemple).
<i>Référentiels méthodologiques</i>	Guides de l'Anaes ou de toute autre entité développant les méthodes et outils de la qualité (AFNOR, Mouvement Français pour la Qualité, Institut de Recherche pour le Développement de la Qualité, etc.).

- les critères doivent être représentatifs de la qualité des soins, ils constituent la base de comparaison entre la pratique réelle et la pratique jugée optimale,
- les critères doivent présenter certaines caractéristiques (tableau 3). Ils doivent être clairs, explicites et peu nombreux. Le nombre optimal de critères se situerait entre 15 et 25 (12), il varie toutefois avec la pratique à évaluer (lavage des mains, tenue du dossier du patient...).

Tableau 3 - Les caractéristiques des critères

<i>Valide</i>	Aptitude à mesurer ce qu'il est censé mesurer
<i>Quantifiable</i>	Mesurer selon des modalités définies
<i>Fiable</i>	Apte à une mesure précise et reproductible
<i>Sensible</i>	Permet de mesurer des variations de faible amplitude
<i>Spécifique</i>	Permet de mesurer une caractéristique à la fois

- Vous aurez à prévoir l'examen du référentiel avec l'équipe projet. Cette réflexion portera sur :
 - l'étude des sources du référentiel : leur pertinence, leur adéquation avec le thème, leur exhaustivité, leur actualisation...
 - la compréhension et la validité de chaque critère, sa corrélation à une recommandation ou à un point réglementaire.
- Vous pouvez ajouter, supprimer ou modifier certains critères du référentiel afin de l'actualiser ou de l'adapter aux particularités locales en prenant en compte :
 - les protocoles et les documents existants, en vous étant préalablement assuré de leur conformité à la réglementation et aux recommandations professionnelles ;
 - les matériels, les équipements utilisés et les organisations existantes...



Demandez-vous :

- *les sources sur lesquelles s'appuie le référentiel sont-elles fiables ?*
- *les critères sont-ils représentatifs de la qualité de la pratique à évaluer ?*
- *les critères répondent-ils aux caractéristiques attendues ?*
- *avez-vous besoin d'actualiser ou d'adapter le référentiel ?*

III. LA CONSTRUCTION DES OUTILS DE RECUEIL DES DONNÉES

III.1. La grille de recueil des données

Elle se présente comme une matrice intégrant le libellé de chaque critère du référentiel rédigé de façon affirmative. Dans un grand nombre de cas, les modalités de réponse sont de type binaire «oui/non », « *présent/absent* ». La réponse «Non Applicable » (NA) est à utiliser avec précaution compte tenu des difficultés d'interprétation. Les situations où cette réponse est possible doivent être définies dans le guide d'utilisation.

Prévoyez dans la conception de la grille un espace nécessaire à l'enregistrement des commentaires permettant de justifier le choix des réponses négatives et des réponses «Non Applicables » ou pour noter toute difficulté d'interprétation. Ces commentaires seront très utiles lors de l'analyse des résultats.

Vous pouvez également recourir à des questions dites «ouvertes » où l'on attend une réponse développée et argumentée. Néanmoins, la difficulté d'interprétation de ce type de question est grande et entraîne de nombreux biais.

Enfin, prévoyez sur la grille un emplacement pour noter la date du recueil et le numéro de la grille. Selon la pratique à auditer, vous pouvez prévoir de noter l'identification de la personne ayant rempli la grille de recueil des données, celle du patient concerné (identification directe ou indirecte) ou de la source d'informations. Une grille de recueil de données concernant l'évaluation de la pose d'une sonde urinaire est présentée en annexe 4.

III.2. Le guide d'utilisation

Ce document apporte les instructions relatives au recueil des données, notamment une définition claire des critères, des commentaires sur les interprétations possibles, et les sources d'information.

Les situations où la réponse « Non Applicable » est possible doivent être soigneusement explicitées pour que leur usage soit conforme et justifié.

Exemple : le patient est vu en consultation par l'anesthésiste au minimum 48 heures avant l'intervention chirurgicale, la réponse « Non Applicable » est valide dans le cas où l'intervention chirurgicale est urgente.

III.3. Le test des outils

Vous procéderez à un test de la grille de recueil des données et de son guide d'utilisation. Ce test vous permet de vérifier, en situation réelle, la pertinence et la fonctionnalité des outils, de valider leur construction et d'apprécier le temps nécessaire pour réaliser un recueil de données de qualité. Profitez de ce test pour rencontrer les professionnels des services qui seront audités, vous pourrez ainsi prendre en compte dans l'organisation de l'audit, des informations subjectives liées à l'environnement. (tableau de synthèse présentant les documents de l'audit clinique en annexe 7).



Demandez-vous :

- *le test des outils vous a-t-il permis de les valider et de les réajuster ?*
- *vous a-t-il permis de prendre en compte les remarques des services qui seront audités ?*

IV. LE PROTOCOLE D'AUDIT CLINIQUE

Le protocole d'audit concerne :

- le champ d'application ;
- les critères d'inclusion et d'exclusion ;
- le type d'étude ;
- les modes de recueil des données ;
- la taille de l'échantillon ;
- la période d'évaluation.

Un exemple de protocole d'audit concernant la pose et la surveillance des sondes urinaires figure en annexe 5.

IV.1. Le champ d'application

Vous aurez à définir le nombre de services concernés par l'audit : un ou plusieurs services, secteurs, sites ou la totalité de l'établissement. Différents éléments sont à prendre en compte dans ce choix :

- le thème de l'audit : transversal ou spécifique ;
- la taille de l'établissement ;
- le demandeur : un chef de service, une instance, une direction fonctionnelle, la structure qualité... ;
- les objectifs poursuivis et les enjeux ;
- l'expérience des professionnels dans le domaine de l'audit clinique ;
- les ressources humaines et logistiques...

L'importance du champ de l'étude conditionne la charge de travail, la durée du projet, la disponibilité des professionnels et les ressources matérielles qu'il ne faut pas sous-estimer.



Demandez-vous :

- *les ressources disponibles sont-elles compatibles avec le nombre de services concernés par l'audit clinique ?*

IV.2. Les critères d'inclusion et d'exclusion

Il est nécessaire de délimiter avec précision la population à étudier ou les pratiques à évaluer.

Exemple 1 :

- *patients adultes opérés d'une prothèse totale de hanche, sans antécédents infectieux au niveau de la hanche opérée.*

Exemple 2 :

- *patients adultes présentant une pneumonie aiguë, hospitalisés depuis moins de 48 heures.*

Les critères doivent être définis avec précision et faire l'objet d'un consensus au sein de l'équipe projet. Leur respect conditionne la fiabilité du recueil et de l'analyse des résultats.

IV.3. Le type d'étude

On distingue, en fonction de la pratique étudiée :

- ***l'approche prospective*** : elle convient à l'évaluation des pratiques de soins. Elle s'appuie sur l'observation directe des situations ou sur l'entretien avec le professionnel. Cette approche dynamique génère souvent un réajustement immédiat des comportements ;
- ***l'approche rétrospective*** : elle convient mieux à l'examen des documents et le plus souvent à l'évaluation du dossier du patient. Elle favorise l'examen d'un échantillon plus large, mais n'a pas d'impact immédiat sur la qualité de la tenue des documents.

IV.4. Les modes de recueil des données

Ils varient avec la pratique à évaluer et le type d'étude. Le choix des sources d'informations va découler du mode de recueil des données :

- l'observation des pratiques : l'évaluateur peut être un pair formé à l'observation ou le professionnel lui-même. Cette pratique de l'auto-évaluation peut être contestée car elle ne procure pas l'objectivité attendue mais elle présente un caractère pédagogique reconnu car elle facilite l'appropriation de la méthode. Par ailleurs, elle est source d'amélioration immédiate et favorise la mise en œuvre du programme d'amélioration ;
- l'entretien ou le questionnaire auprès des professionnels de santé et des patients ;
- l'analyse des supports écrits : habituellement le dossier du patient, mais aussi de nombreux autres documents tels que le registre des entrées, celui des blocs opératoires, des laboratoires, des services d'imagerie, les résumés standardisés de sortie, les recueils de consommations...



Demandez-vous :

- *quelle approche devez-vous choisir pour recueillir les données ?*
- *avez-vous pris en compte, dans ce choix, la nature des pratiques à évaluer, les objectifs poursuivis et les ressources disponibles ?*

IV.5. La taille de l'échantillon et le mode de sélection

Comme il n'est pas possible d'évaluer la totalité des dossiers ou des pratiques dans le temps limité de l'audit, il est nécessaire d'effectuer un échantillonnage représentatif établi selon les critères ci-dessous.

— *La taille de l'échantillon par unité au service concerné*

- Lors d'un audit clinique isolé :

On pourrait se contenter d'analyser ce qui est constaté sur 20, 50 ou 100 dossiers, mais la conclusion ne peut pas être généralisée à l'ensemble de la pratique étudiée. Cette généralisation peut être approchée par l'utilisation de la notion d'intervalle de confiance (13-15).

Cet intervalle permet de relativiser les résultats en établissant la fourchette des valeurs possibles pour l'ensemble des « cas », c'est-à-dire pour l'ensemble des pratiques.

Exemple : un pourcentage de « OUI » à 80 % pour un critère « x », établi sur 30 dossiers, permet de dire que la « vraie valeur » dans l'ensemble des cas est entre 66 et 94 % (en acceptant de se tromper 5 fois sur 100).

Or, cet intervalle est inversement proportionnel à la racine carrée du nombre de cas analysés. Dans l'exemple ci-dessus (80 %), selon le nombre des dossiers étudiés, les bornes de l'intervalle seraient les suivantes :

20 dossiers : 62 à 92 %
30 dossiers : 66 à 94 %
50 dossiers : 69 à 91 %
100 dossiers : 72 à 89 %

La confiance accordée au résultat est donc d'autant plus grande que le nombre de dossiers est lui-même important. Mais le temps de travail à consacrer à l'étude augmente aussi avec ce nombre.

Il n'y a donc pas un nombre de dossiers recommandé, mais un nombre optimal selon les diverses contraintes de l'étude. Ceci explique pourquoi 30 à 50 dossiers ou pratiques est un bon compromis.

- Lors d'audits successifs pratiqués sur la même population :

Le nombre de dossiers nécessaires est inversement proportionnel à l'importance de la différence que l'on souhaite mettre en évidence. En d'autres termes, si une différence de 5 % est jugée importante, il sera nécessaire d'étudier plus de dossiers que si une différence de 20 % est attendue (16).

Exemple 1 : pour un 1^{er} audit on obtient 70 % de « OUI » sur un critère « x » et 20 % est le bénéfice attendu après la mise en place des modifications de pratique (donc conformité attendue 90 %). Dans ce cas, 50 dossiers sont nécessaires pour ne pas affirmer à tort l'absence de différence (puissance de 80 %) ou pour affirmer une différence qui n'existe pas (risque à 5 %).

Exemple 2 : 70 % de conformité au premier audit, bénéfice attendu 5 % (donc conformité attendue de 75 %). Il faut alors examiner 988 dossiers pour répondre avec les mêmes contraintes statistiques.

On comprend ainsi qu'avec 30 à 50 dossiers, seules de grandes améliorations (ou altérations) de pratiques peuvent être mises en évidence.

— **Le mode de sélection**

S'il s'agit d'une pratique peu fréquente, il est possible d'étudier l'ensemble des cas de situations cliniques ou de dossiers pendant la période d'évaluation définie.

- S'il s'agit d'une pratique fréquente (grand nombre de cas), vous pouvez alors sélectionner un échantillon. Plusieurs possibilités s'offrent à vous :
 - Le tirage au sort est le moyen qui donne les meilleures garanties de similarité entre l'échantillon sondé et la population dont il est extrait (17). Le tirage au sort sur les tables de nombres de hasard permet une répartition « au hasard » du facteur étudié. L'exécution pratique du tirage au sort pose souvent des problèmes, car il est fréquent de ne pas disposer d'une liste des sujets de la population (15). De plus, l'utilisation de ces tables demande une appropriation de la technique et est souvent le fait d'essais de recherche clinique. Certains logiciels de statistiques ont des procédures de tirage au sort ;
 - Pour faciliter le tirage au sort sans avoir à utiliser ces tables, des alternatives sont possibles, notamment le pseudo-tirage au sort : un dossier sur deux, tous les dossiers dont le numéro se termine par un « 2 »... (18). Une autre alternative est l'étude de la suite chronologique de situations ou de pratiques ou le choix d'une variante qui consiste à évaluer par exemple X pratiques chaque jour de la semaine pendant toute la période d'évaluation définie.

Exemple : les dossiers des 50 premiers accouchements de l'année.

Attention alors au risque de biais lié à l'effet période d'observation.



Demandez-vous :

- *la taille de l'échantillon est-elle suffisante pour en déduire des conclusions sur l'ensemble des pratiques ?*
- *la taille de l'échantillon génère-t-elle une charge de travail acceptable au regard des ressources disponibles ?*
- *le mode de sélection est-il clairement précisé ?*

IV.6. La période d'évaluation

Il faut définir la période la plus favorable et la chronologie du recueil en tenant compte de l'impact de la taille de l'échantillon sur la durée de l'évaluation. S'il s'agit d'observations de pratiques de soins, la période ne doit pas excéder 6 à 8 semaines afin d'éviter la démotivation.

Exemple : tous les patients hospitalisés pendant un mois du 1^{er} au 31 janvier.

V. L'ORGANISATION DE LA PHASE DU RECUEIL DES DONNÉES

V.1. La phase d'entraînement au recueil

Son objectif est de permettre l'obtention d'un recueil d'informations fiable et de détecter les problèmes avant le démarrage de l'audit.

Si les données à recueillir sont très nombreuses, vous aurez besoin de faire appel à des professionnels de l'établissement pour participer à ce recueil. Vous aurez à leur expliquer les objectifs, les documents, les modalités de recueil et les règles de confidentialité. Cependant plus le nombre d'auditeurs recueillant les informations est grand, plus les risques d'erreurs, de biais et d'interprétation dans le recueil des données augmentent.

L'entraînement au recueil des données porte sur la réalisation de quelques observations. Dans le cas de l'audit du dossier du patient, les auditeurs remplissent individuellement les grilles portant sur les mêmes dossiers et procèdent ensuite à la comparaison des résultats. S'il s'agit d'observations de pratiques, un double recueil peut être fait avec le chef de projet.

Identifiez toutes les difficultés soulevées par cette phase d'entraînement et adoptez des règles communes. Assurez-vous que les auditeurs ayant rejoint l'équipe projet ont bien compris chacun des critères et l'utilisation des réponses : « *Oui* », « *Non* » et « *Non Applicable* » et l'utilité de noter des commentaires.

V.2. La préparation des documents

Le protocole d'audit, les grilles de recueil des données et le guide d'utilisation doivent être préparés avant le lancement de l'audit. Assurez-vous que ces documents sont faciles à utiliser et en nombre suffisant. Définissez les modalités de diffusion, de stockage pendant la phase de recueil et de "retour" des grilles complétées afin d'éviter les pertes ainsi que les modalités de destruction après l'audit.

Pensez à préciser aux services audités, les noms et coordonnées du chef de projet et de l'auditeur chargé du recueil de données afin qu'ils puissent être joints en cas de besoin.

V.3. Les modalités du recueil des données

Définissez l'organisation à mettre en place pendant le recueil des données. Vous pouvez utiliser l'outil QQQCCP (2) pour définir au sein de l'équipe projet qui informe les services concernés, distribue les documents, recueille les données, où, quand, et comment...

Le déroulement de la phase de recueil des données devra faire l'objet d'échanges et de contrôles de la qualité des données, à prévoir à intervalles réguliers notamment dans le cas d'un recueil prospectif.

Par ailleurs, vous devez informer les auditeurs :

- des règles de confidentialité à observer ;
- de la nécessité d'obtenir l'accord des patients pour les observations de pratiques de soins les concernant et de les informer sur les buts de cet audit clinique ;
- de la conduite à tenir en cas d'observation de pratiques mettant en jeu la sécurité des patients.

V.4. Le traitement des données

Le mode d'exploitation des données, manuel ou informatisé, est à choisir en fonction de la quantité des données à recueillir, des possibilités locales et de vos compétences en informatique. Compte tenu de ses nombreux avantages, la saisie informatique est à privilégier surtout si le nombre de critères et d'observations recueillis est important.

Différents logiciels existent tels que Epi-info mais un traitement simple sur un tableur permet également de faire un travail satisfaisant.

Si la saisie est réalisée par des tierces personnes (secrétaires, site informatique, stagiaires...) vous devez vous assurer de leur disponibilité et de leur savoir-faire et leur annoncer la charge de travail estimée et l'échéance fixée.

Par ailleurs, vous devez anticiper la forme de présentation des résultats.



Demandez-vous :

- *les auditeurs se sont-ils approprié le référentiel, la méthode et les outils ?
En ont-ils une compréhension commune ?*
- *l'ensemble de la logistique est-elle bien place ?*
- *les modalités de recueil et de traitement des données sont-elles clairement précisées ?*

RECUEILLIR LES DONNÉES

Cette étape qui est celle de la « **mesure** » doit faire l'objet d'une attention particulière car elle conditionne l'analyse des résultats et les propositions d'amélioration. Même si l'audit clinique a été soigneusement préparé, vous devez accompagner étroitement cette phase. Vous devez vous assurer que les modalités définies dans le protocole sont appliquées et que les règles de confidentialité sont respectées.

Au cours de cette étape, vous allez :

- superviser le déroulement du recueil des données ;
- effectuer un contrôle de la qualité des données ;
- procéder à la saisie des données.

I. LE RECUEIL DES DONNÉES

Assurez-vous que :

- le protocole d'audit et l'ensemble des documents nécessaires au recueil des données ont bien été diffusés aux professionnels concernés avant le début de l'audit et qu'ils sont disponibles en nombre suffisant ;
- les personnes responsables de la collecte des données sont présentes ;
- les sources d'informations indiquées dans le protocole d'audit sont accessibles.

Veillez à :

- faire respecter les dates de début et de fin de recueil et être présent à ces moments clés ;
- conserver les grilles de recueil selon les modalités définies ;
- être à l'écoute des professionnels auditeurs et audités lors de visites régulières ;
- observer tous les facteurs qui pourraient influencer ou modifier le recueil de données ;
- régler les problèmes dès qu'ils se posent.

Comment recueillir les données ?

- les données sont recueillies sur la grille de recueil de données. Dans certains cas, les données seront recueillies de façon brute sur un support intermédiaire, puis transformées pour répondre aux critères de l'audit ;

Exemple :

Dans le cadre de l'audit sur l'antibioprophylaxie appliquée à la prothèse de hanche : l'horaire de la 1^{re} injection d'antibiotique et l'horaire de la fin de l'intervention sont recueillis sur un support intermédiaire ; le délai est ensuite calculé et reporté sur le 2^e support permettant alors de répondre s'il y a conformité ou pas.

- toute difficulté d'interprétation ou de recueil devra être mentionnée en commentaire. Ces commentaires permettront aussi d'éclairer l'analyse des écarts ;
- le déroulement de la phase de recueil devra faire l'objet d'échanges à intervalles réguliers prévus par un calendrier : de façon très rapprochée au départ et ensuite à intervalles réguliers s'il s'agit d'un recueil prospectif ;

- le chef de projet sera particulièrement vigilant à la survenue de tout événement inhabituel ou difficulté non prévue pouvant influencer ou modifier la qualité et l'exhaustivité du recueil des données. L'ensemble des problèmes rencontrés doit être signalé et documenté. Le chef de projet doit pouvoir être facilement joignable pendant toute la durée du recueil d'information ou avoir une boîte à messages auxquels il répondra immédiatement.



Demandez-vous :

- *les conditions sont-elles réunies pour un recueil optimal des données ?*
- *avez-vous dans le service un interlocuteur bien identifié ayant compris les objectifs et les modalités ?*

II. LE CONTRÔLE DE LA QUALITÉ DES DONNÉES

Une vérification des grilles de recueil des données est à réaliser dès le début, en cours et en fin du recueil, pour vérifier la qualité du remplissage et son exhaustivité.

Une analyse rapide des grilles vous indique la réalisation totale ou partielle du recueil des données et met en évidence les données absentes, les observations incomplètes ou inexploitable. Vous pouvez selon la pratique audité, revenir à la source d'information et corriger ou compléter les données. Des grilles de recueil incomplètes voire inexploitable peuvent être éliminées. Cette vérification sera complétée par le traitement statistique des données.



Demandez-vous :

- *les critères sont-ils bien compris par les équipes de recueil ?*
- *les règles de remplissage sont-elles respectées ?*
- *le recueil est-il exhaustif ?*
- *observe-t-on une bonne cohérence des réponses par rapport aux commentaires ?*

III. LA SAISIE DES DONNÉES

Selon l'option choisie, vous procéderez à un traitement des données manuel ou informatisé.

Lors d'une saisie informatique, un contrôle de la qualité de la saisie doit être réalisé sur un échantillon de grilles pour s'assurer de la fiabilité de cette opération.

Les données peuvent éventuellement être saisies directement, cependant le risque est de ne pas pouvoir visualiser les erreurs de saisie et les erreurs d'interprétation.

Les logiciels actuels permettent le contrôle des données. Ils offrent diverses possibilités :

- une double saisie qui présente l'intérêt de visualiser immédiatement une discordance et de corriger les erreurs ;
- un contrôle des données en :
 - interdisant de saisir des données aberrantes ou de sauter des critères,
 - rendant obligatoires certains champs de la saisie,
 - autorisant des sauts de questions, ce qui permet un gain de temps à la saisie.

Exemple : dans l'audit clinique sur la tenue du partogramme, si vous tapez « oui » à la question « césarienne », vous irez automatiquement dans la suite du questionnaire aux critères correspondant aux césariennes.



Demandez-vous :

- *les grilles de critères ont-elles été correctement remplies ?*
- *les grilles de traitement des données sont-elles adaptées à la saisie de l'ensemble des critères ?*

TRAITER LES RÉSULTATS ET PROPOSER DES AXES D'AMÉLIORATION

L'analyse des résultats est à faire le plus rapidement possible pour rester proche du contexte dans lequel s'est déroulé l'audit et pour délivrer aux équipes leurs résultats dans les meilleurs délais.

Au cours de cette étape, vous allez :

- faire les calculs nécessaires pour traiter vos données ;
- présenter de façon claire vos résultats quantitatifs ;
- identifier vos points forts et analyser vos points faibles ;
- proposer des axes d'amélioration et finaliser le rapport d'audit ;
- prévoir une communication adaptée à cette étape.

I. LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

I.1. Les tableaux

La présentation des résultats est conditionnée par le type et le nombre de données collectées. Il est utile de disposer au minimum d'un tableau des résultats sous forme d'effectifs (nombre de OUI, NON, Non Applicable et Non Rempli) selon les critères. Pensez à bien vérifier tous vos calculs : vous devez retrouver le même nombre de réponses en lignes et en colonnes. Le tableau 4 montre un exemple de réalisation.

Tableau 4 - Résultats de l'audit clinique sur la prise en charge hospitalière des personnes ayant fait une tentative de suicide au Centre Hospitalier de M... - 2001

Critères	Oui	Non	NA*	NR*	Totaux
1. début de prise en charge aux urgences	30	0	0	0	30
2. examen somatique	25	3	2	0	30
3. 1 ^{er} entretien avec le psychiatre dans les 24h00	14	7	1	8	30
4. confidentialité de l'entretien	10	4	16	0	30
5. patient revu par le psychiatre	7	7	16	0	30
6. c'est le même psychiatre	2	5	23	0	30
7. utilisation d'une échelle d'évaluation structurée	4	10	10	6	30
8. proches du patient reçus par le psychiatre	8	8	10	4	30
9. évaluation par une assistante sociale	10	6	14	0	30
10. hospitalisation dans un service approprié	6	8	16	0	30
11. contacts préalables à la sortie	8	8	10	4	30
12. coordination décisions/patient	20	10	0	0	30
13. le patient a quitté l'hôpital avec un rendez-vous pris	9	21	0	0	30
14. remise d'une carte à la sortie	15	15	0	0	30
15. suivi des rendez-vous par le professionnel référent	6	24	0	0	30
Totaux	74	136	118	22	450

NA : Non Applicable

NR : Non Rempli

Un deuxième tableau sert à traduire les résultats en pourcentages (%). Les pourcentages indiqués (arrondis à l'entier) doivent être accompagnés, soit de leur intervalle de confiance (cf. Chapitre préparation de l'audit) soit de la taille de l'échantillon ayant permis de les établir.

Cependant, les effectifs sont souvent peu importants ; l'intérêt des pourcentages est alors de comparer rapidement les résultats pour des échantillons différents (voir par exemple les critères 5 et 6 du tableau 5).

Le plus souvent, seules les fréquences des OUI et des NON sont présentées sur le tableau. Ces fréquences sont à calculer sans tenir compte des réponses « Non Applicable » et « Non Rempli ». Le tableau 5 montre un exemple de réalisation.

La fréquence se calcule par la formule suivante :

$$\text{Fréquence de Oui} = \frac{\text{Nombre de Oui}}{\text{Nombre de Oui} + \text{Nombre de Non}} \times 100 \text{ (hors non applicable et non rempli)}$$

Effectuer les mêmes calculs pour les NON.

Tableau 5 - Résultats de l'audit clinique sur la prise en charge hospitalière des personnes ayant fait une tentative de suicide au Centre Hospitalier de M... - 2001 (résultats présentés en pourcentages. L'effectif ayant permis leur calcul est donné dans la colonne « Total oui+non »)

Critères	Oui	Non	Total oui+non	% OUI	% NON
1. début de prise en charge aux urgences	30	0	30	100 %	0 %
2. examen somatique	25	3	28	89 %	11 %
3. 1 ^{er} entretien avec le psychiatre dans les 24h00	14	7	21	67 %	33 %
4. confidentialité de l'entretien	10	4	14	71 %	29 %
5. patient revu par le psychiatre	7	7	14	50 %	50 %
6. c'est le même psychiatre	2	5	7	29 %	71 %
7. utilisation d'une échelle d'évaluation structurée	4	10	14	29 %	71 %
8. proches du patient reçus par le psychiatre	8	8	16	50 %	50 %
9. évaluation par une assistante sociale	10	6	16	63 %	38 %
10. hospitalisation dans un service approprié	6	8	14	43 %	57 %
11. contacts préalables à la sortie	8	8	16	50 %	50 %
12. coordination décisions/patient	20	10	30	67 %	33 %
13. le patient a quitté l'hôpital avec un rendez-vous pris	9	21	30	30 %	70 %
14. remise d'une carte à la sortie	15	15	30	50 %	50 %
15. suivi des rendez-vous par le professionnel référent	6	24	30	20 %	80 %
Totaux	174	136	136	56 %	44 %

I.2. Les graphiques

Les résultats seront enfin représentés par des graphiques simples et clairs, en évitant de multiplier les effets graphiques. Les diagrammes en bâton ou les histogrammes sont les formats les plus répandus. Ils permettent d'avoir une vue synthétique des résultats et facilitent leur analyse.

Sur les graphiques, les pourcentages doivent être accompagnés de leur effectif, exemple : 85 % (45) ou de l'intervalle de confiance s'il a été calculé. En effet, pour sa compréhension, un graphique doit se suffire à lui-même, sans avoir à retourner au texte.

Les figures 1 et 2 montrent ce qui peut être réalisé à partir des données indispensables pour les critères A à G d'un exemple fictif.

Figure 1 – Pourcentages de « OUI » selon les critères (nombre de dossiers).

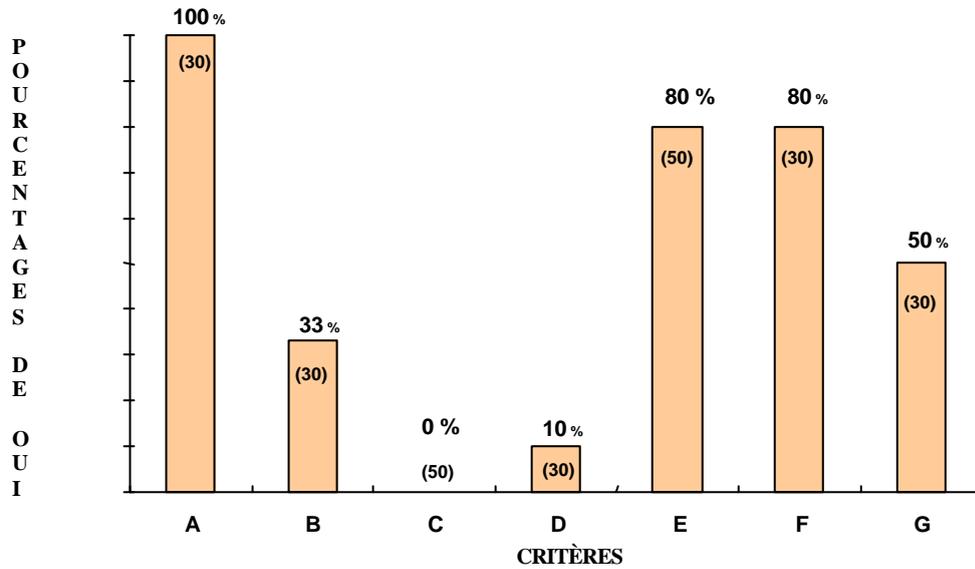
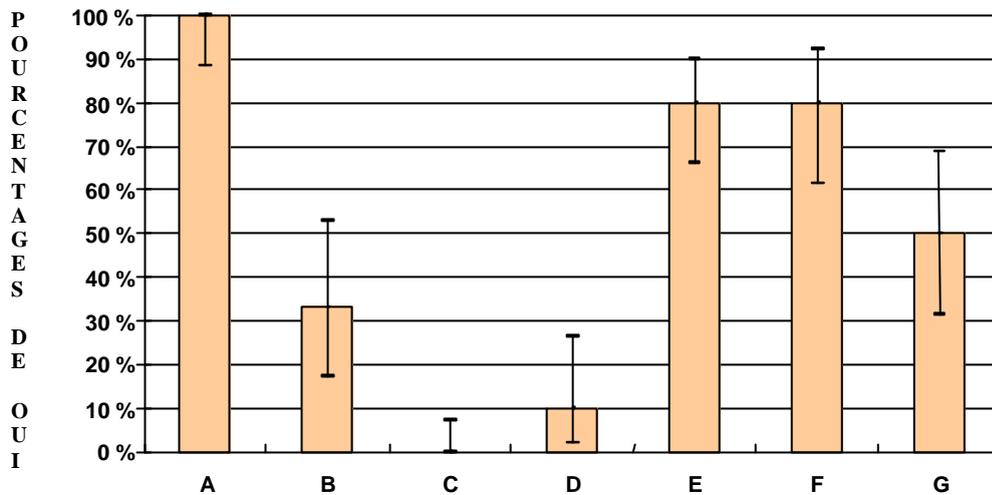


Figure 2 – Pourcentages de « OUI » selon les critères (avec leurs intervalles de confiance à 95 %).

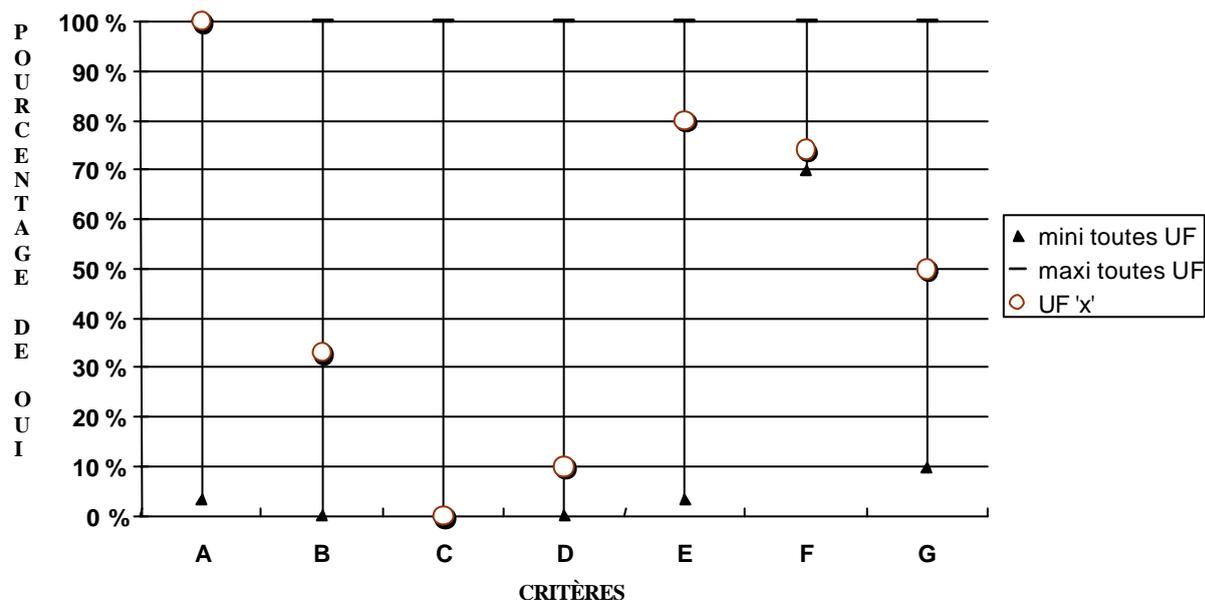


Qu'il s'agisse de tableaux ou de représentations graphiques, des classements peuvent être effectués :

- Au sein des critères :
 - par ordre de fréquence décroissante des pourcentages de OUI ;
 - en regroupant les critères d'un domaine ou selon la classification ressources-processus-résultats ;
 - en isolant des critères considérés comme majeurs.
- Par regroupement :
 - d'unités (médecine, chirurgie, etc.) ;
 - de services ;
 - de l'ensemble des agences de l'établissement.

Il est parfois important (et stimulant) pour les équipes de positionner une unité ou un service par rapport à l'ensemble de l'établissement. La figure 3 indique les résultats obtenus par l'unité « x » pour 7 critères. Ils s'inscrivent au sein de l'ensemble des pourcentages de OUI obtenus pour chaque critère (seuls les *minima* et *maxima* sont indiqués, de manière à préserver la confidentialité).

Figure 3 – Positionnement de l'UF « X » au sein de l'établissement pour les critères A à G.



Demandez-vous :

- les calculs ont-ils été correctement vérifiés ?
- avez-vous choisi la forme de présentation la plus appropriée pour visualiser les résultats ?
- chaque unité peut-elle se positionner par rapport à l'ensemble de l'établissement, du site ?

II. L'ANALYSE DES RÉSULTATS

L'analyse des résultats est centrée sur l'identification des points forts et l'analyse des écarts par rapport au référentiel.

Vous allez réaliser cette analyse avec l'équipe projet puis la compléter et la faire valider par les équipes concernées par l'audit clinique. Pour enrichir cette analyse, vous pouvez également solliciter la contribution de professionnels expérimentés.

Il faudra au préalable s'intéresser aux critères «Non Applicable» et aux «Non Rempli». Le contrôle de la qualité des données réalisé au cours du recueil devrait en principe limiter le nombre de non-réponses.

- les critères « Non Rempli » :
 - sont-ils nombreux ?
 - sur quels critères portent-ils ?
 - la qualité du remplissage a-t-elle été correcte ?
 - les critères étaient-ils mesurables ?
 - dans le cas d'une auto-évaluation, quel était le niveau de motivation des professionnels ?

Dans tous les cas, ils sont à exclure du calcul des pourcentages de oui et de non.

- les réponses « Non Applicable » :
 - les critères d'inclusion et d'exclusion étaient-ils suffisamment précis ?
 - les modalités ont-elles été respectées ?

Si à la lecture des commentaires, les « Non Applicable » correspondent en fait à des NON, il faut dans ce cas les inclure dans les NON.

II.1 L'analyse des points forts

Il s'agit de comparer les résultats obtenus au référentiel d'évaluation. Avec l'équipe projet, mettez en évidence les pratiques conformes au référentiel (100 %) ou conformes aux objectifs fixés par les équipes auditées.

En effet, l'obtention d'un score de 100 % n'est pas systématiquement attendu.

La valeur cible d'un critère (ou standard) est fixée en fonction de la nature du critère et des objectifs préalablement définis par l'équipe projet ou par les équipes auditées.

Exemples :

- pour les critères sécuritaires et réglementaires : objectif fixé à 100 %
- pour les critères de satisfaction en matière d'accueil : objectif fixé à 80 %

Ces points forts seront à valoriser lors de la restitution des résultats auprès des équipes auditées et au niveau institutionnel. Enfin, pensez à répertorier et à capitaliser les connaissances et les savoir-faire acquis par les professionnels.



Demandez-vous :

- *quels sont les critères ou groupes de critères pour lesquels les résultats sont très performants ?*
- *dans quels domaines et sur quelles forces s'appuient-ils ?*

Si l'audit concerne plusieurs services :

- *y a-t-il des résultats particulièrement bons, communs à tous les services ? Quels sont les acquis en termes de connaissances, de savoir-faire et de culture qualité ?*
- *y a-t-il des services ayant obtenu d'excellents résultats ? À quoi cela tient-il ? Comment leur expérience peut-elle être utile ?*

II.2. L'analyse des écarts

II.2.1. L'identification des écarts

Il s'agit d'identifier les écarts par rapport à l'attendu.

Commencez avec l'équipe projet à identifier les écarts critère par critère. Il peut être intéressant de partir des graphiques puis de croiser avec les résultats chiffrés. Dans un second temps, une analyse des critères prioritaires ou par groupe de critères est utile pour dégager un problème dans un domaine particulier.



Demandez-vous :

- *quels-sont les critères ou groupes de critères déficitaires ? L'écart est-il important ?*
- *quels sont les critères pour lesquels aucun écart n'est acceptable ?*
- *y a-t-il des relations ou des points communs entre les critères déficitaires ?*

Si vous avez réalisé **l'audit dans plusieurs services**, procédez avec l'équipe projet à une analyse globale pour dégager les points faibles communs et les écarts entre les services.

Cela vous permettra ultérieurement de définir les actions à mener au plan institutionnel et celles destinées aux services. Dans un second temps, procédez à une analyse détaillée de ces points faibles avec chacune des équipes auditées concernées.



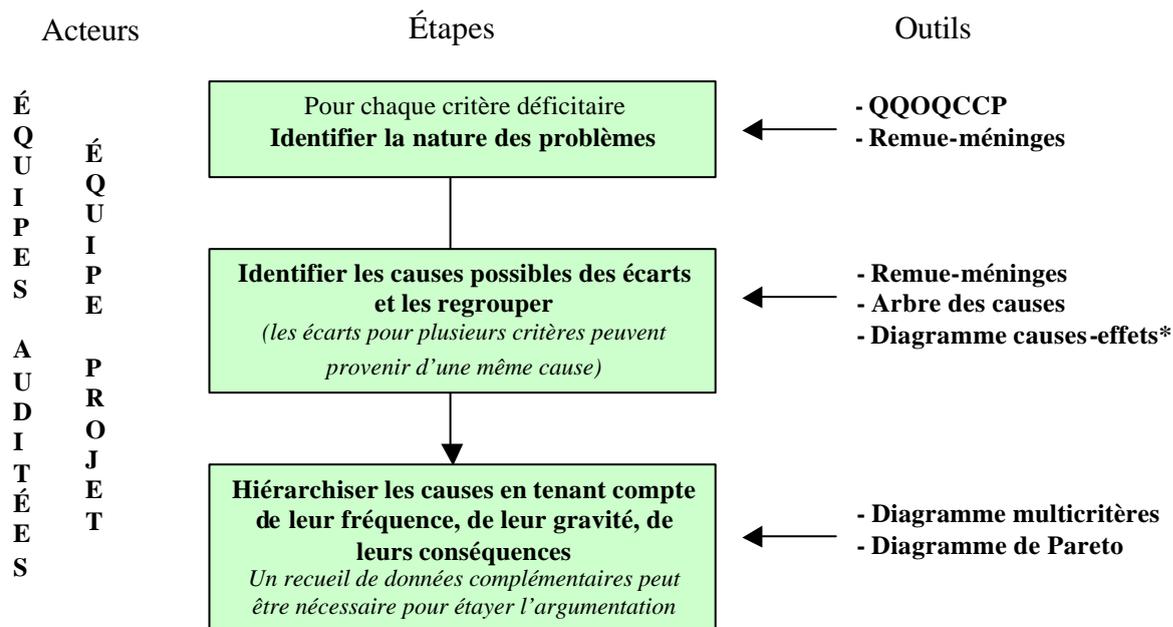
Demandez-vous :

- *y a-t-il des scores particulièrement bas, communs à tous les services ? Cela pourrait-il démontrer un problème général, davantage lié à l'institution qu'aux services eux-mêmes ?*
- *y a-t-il des écarts de conformité que l'on retrouve dans certains services et pas dans d'autres ?*

Le principal écueil à ce stade de l'analyse est de se satisfaire de ce premier niveau d'interprétation des résultats et de formuler d'emblée les solutions sans analyse des causes des écarts observés et sans concertation avec les acteurs concernés.

II.2.2. L'analyse des causes des écarts

L'analyse des causes des écarts nécessite plusieurs opérations. Vous pouvez vous aider des outils de la qualité comme le montre le logigramme.



* L'annexe 6 donne un exemple d'utilisation de l'outil diagramme causes-effets dans le cadre de la recherche des causes d'un compte rendu d'hospitalisation absent dans un dossier médical car non fait.



Demandez-vous :

- Les causes du problème sont-elles d'ordre :
 - *professionnel : manque de connaissances, de compétences, de motivation, poids des habitudes ?*
 - *organisationnel : coordination insuffisante dans la prise en charge du patient... ?*
 - *institutionnel : manque ou inadéquation du matériel, de méthode... ?*
- Les conséquences de ces écarts se situent-elles au niveau :
 - *des patients en termes de sécurité, d'insatisfaction, de non-qualité ?*
 - *des soignants en termes de risque médico-légal, d'insatisfaction ?*
 - *de l'institution en termes de réputation, de coûts ?*

II.3. L'analyse des résultats avec les équipes auditées

La dernière phase d'analyse des résultats se situe lors de la présentation des résultats auprès de chaque équipe concernée par l'audit.

Il est nécessaire de situer les résultats dans le contexte de l'établissement et du service.

L'équipe auditée pourra commenter ses résultats, compléter l'analyse des problèmes et la recherche des causes, proposer des mesures correctives et des pistes d'amélioration et s'exprimer sur son expérience de l'audit.

C'est l'occasion pour le chef de projet de :

- remercier les professionnels et de valoriser leur engagement dans la démarche d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité ;
- apporter des explications sur les résultats obtenus aux différents critères ;
- positionner le service par rapport à l'ensemble des services ;
- valider les résultats avant une diffusion plus large.

III. LES AXES D'AMÉLIORATION

L'analyse des causes des écarts et leur hiérarchisation vont vous permettre de définir les thèmes ou les axes d'amélioration pour lesquels des actions pourront être menées.

Selon la nature des problèmes, vous pouvez poursuivre plusieurs objectifs :

- résoudre les dysfonctionnements : si vous avez identifié des critères très déficitaires ou des écarts de conformité pour lesquels vous estimez que les risques encourus sont importants, vous devez mettre en place immédiatement des mesures correctives et prévoir une réévaluation rapide ;
- agir sur les causes des problèmes en rapport avec les personnels, les équipements, les organisations de soins ;
- améliorer les pratiques professionnelles ;
- pérenniser les acquis.

Vous pouvez aborder les thèmes ou les axes d'amélioration selon plusieurs approches :

- **une approche « processus »** : elle peut concerner :
 - l'amélioration d'un processus transversal ou d'un segment de processus de prise en charge.

Exemple 1 : la tenue du dossier du patient. l'audit sur la prise en charge hospitalière des jeunes suicidants a mis en évidence un faible taux d'examens somatiques. Ces examens ont pourtant bien eu lieu mais il n'y avait pas de traces écrites dans le dossier du patient. L'axe d'amélioration peut concerner l'amélioration de la traçabilité dans le dossier du patient.

Exemple 2 : l'accueil des patients programmés.

Exemple 3 : l'information des patients en isolement géographique car porteurs d'une bactérie multirésistante.

- l'actualisation, la rédaction, la validation de procédures de soins, de protocoles thérapeutiques, de documents...

Exemple : actualisation de la procédure concernant la pose et la surveillance de sondes urinaires.

- **une approche « ressources »** : il s'agit le plus souvent de l'introduction de nouveaux matériels ou équipements.

Exemple : mettre en place des distributeurs de savon liquide dans les salles de bains des chambres des patients.

- **une approche « résultats »** :

Exemple 1 : diminuer de 30 % le taux d'escarres d'ici deux ans.

Exemple 2 : obtenir un taux de retour des questionnaires de satisfaction de 40 %.

Les thèmes ou axes d'amélioration ainsi définis seront à soumettre pour validation lors de la présentation des résultats de l'audit clinique, aux directions et instances concernées car elles nécessitent leur engagement et la négociation de ressources (humaines, matérielles, financières...).

Dans le cas d'audits cliniques concernant un nombre important d'unités ou lorsque le thème suppose des changements conséquents, la recherche des stratégies, la sélection des actions et leurs modalités de mise en œuvre seront déterminées dans un second temps, par le chef de projet et l'équipe projet en charge du plan d'amélioration. Dans le cas des petites structures ou pour des audits portant sur une pratique de soins spécifique, ciblée, la présentation des résultats, la validation des axes d'amélioration, la définition du plan d'actions ainsi que la négociation des ressources nécessaires peuvent faire l'objet d'une seule opération.

IV. LA RESTITUTION DES RÉSULTATS AU NIVEAU INSTITUTIONNEL

Les résultats et les axes d'amélioration seront présentés selon le plan de communication établi au départ, et validés auprès des responsables et des instances concernés (se référer au chapitre communication).

Quelques conseils en matière de projection des résultats :

La présentation orale doit s'accompagner d'une projection de supports visuels tels que le diaporama (projection d'images par ordinateur et vidéo projecteur) ou à défaut de simples transparents. Les principales recommandations sont de :

- ne pas chercher à faire passer plus de 3 ou 4 messages par intervention ;
- préférer les figures par rapport aux tableaux ;
- donner un titre à chaque élément projeté ;
- limiter chaque diapositive à 7 ou 8 lignes de texte maximum, sans dépasser 7 mots par ligne (18).

V. LE RAPPORT D'AUDIT

Le rapport d'audit a pour objet de présenter le déroulement de la démarche et d'en publier les résultats.

Le document devra comporter :

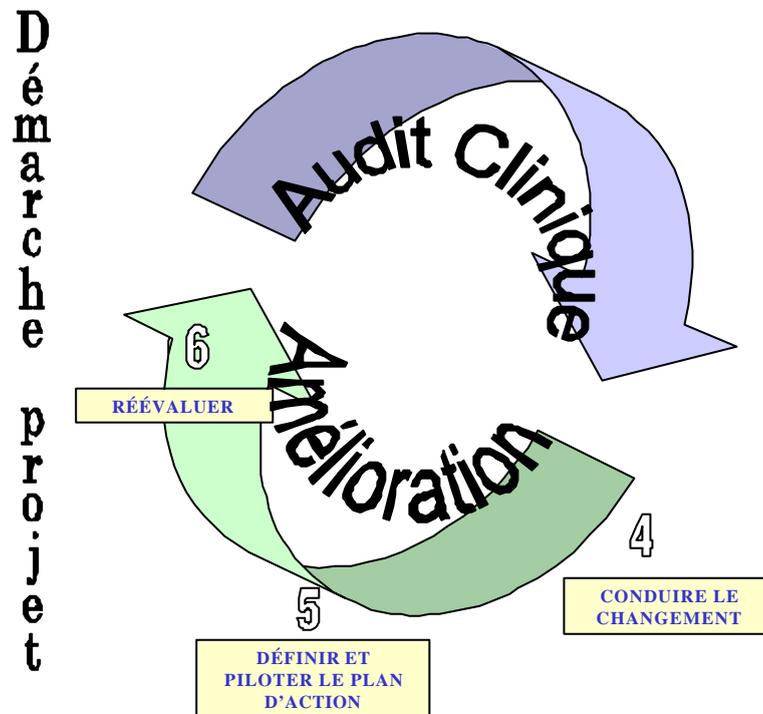
- la présentation de la démarche ;
- le référentiel d'évaluation et le protocole d'audit ;
- les résultats ;
- l'analyse des résultats ;
- les pistes d'amélioration.

Le rapport d'audit doit répondre aux principes de toute communication écrite. L'ensemble de l'étude doit être facilement accessible et archivé.

Le chef de projet et l'équipe projet auront à prévoir un plan de diffusion de ce document au sein de l'établissement. Une version synthétique peut être diffusée largement auprès des équipes de soins.

Un plan type de rapport d'audit est présenté à l'annexe 8.

TROISIÈME PARTIE : LE PLAN D'AMÉLIORATION



CRÉER UNE DYNAMIQUE DE CHANGEMENT

Les résultats de l'audit clinique sont maintenant connus de tous et les axes d'amélioration sont validés par les professionnels et les instances. C'est au chef de projet de veiller à la continuité de la démarche, car à ce stade, la probabilité d'une rupture dans le projet est forte. Trop souvent, les axes d'amélioration identifiés ne sont pas déclinés dans un plan d'actions. Ils se limitent à la diffusion de recommandations, à l'actualisation de la documentation, à l'introduction de matériels... Ces mesures sont certes justifiées mais insuffisantes pour obtenir un changement des pratiques et l'amélioration des performances. La réussite du programme d'amélioration dépend de la qualité de la conduite du projet, de l'accompagnement du changement et de l'engagement de la direction et des responsables.

Au cours de cette étape, vous allez :

- situer le programme d'amélioration dans son contexte ;
- créer un environnement favorable au changement ;
- recomposer éventuellement une nouvelle équipe projet.

I. L'ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT

Tout projet s'insère dans un environnement qui évolue continuellement et les données initiales peuvent avoir changé depuis la décision de l'audit. Vous aurez à prendre du recul par rapport à la situation pour positionner le programme d'amélioration dans son environnement et préciser vos stratégies au regard des actions à réaliser (9) :

- reposez-vous la question de la cohérence du plan d'amélioration avec les objectifs qualité de l'établissement de santé et de ses liens avec la procédure d'accréditation ;
- analysez les caractéristiques de l'institution : mode de management, processus de prises de décision, climat social... ;
- assurez-vous de l'engagement des responsables hiérarchiques concernés à ce stade de la démarche : encadrement médical, paramédical et administratif ;
- repérez les résistances au changement : elles peuvent se situer à un niveau individuel, au niveau d'un groupe professionnel, d'un service, de la structure. Dans tout projet, les changements sont inévitables et nécessitent d'être accompagnés ;
- évaluez les enjeux et les risques liés au projet : il est essentiel d'identifier les risques potentiels en début de projet pour pouvoir les anticiper. Plus le projet se concrétise, plus les risques ont tendance à diminuer mais parallèlement les enjeux augmentent car les ressources humaines et matérielles sont davantage engagées.

Cette analyse peut se faire au cours :

- d'entretiens avec les décideurs hospitaliers, les médecins responsables des unités, les cadres de santé... ;
- de discussions informelles lors de rencontres avec les équipes ;
- de l'observation des comportements au travail, notamment pendant l'audit.



Demandez-vous :

- *le projet est-il cohérent avec les objectifs qualité de l'établissement ?*
- *le contexte financier et le contexte social sont-ils favorables ?*
- *les enjeux et les risques sont-ils identifiés ?*

II. LES STRATÉGIES D'ACCOMPAGNEMENT DU CHANGEMENT

Un changement peut être perçu comme une menace, une remise en question des pratiques ou des compétences, une augmentation de la charge de travail, une critique de ce qui existait auparavant...

Vous aurez à créer un environnement favorable au changement et à définir les stratégies d'accompagnement. Agissez simultanément à plusieurs niveaux :

- associez les professionnels au choix des solutions et à leur mise en œuvre. Écoutez les idées qu'ils émettent. Ayez une attitude positive. Identifiez avec eux les bénéfices individuels et collectifs escomptés pour les patients, l'équipe et la structure. Valorisez les services engagés dans l'amélioration de la qualité en mettant à profit leur expérience auprès des autres services. Accompagnez les services dont les résultats à l'audit clinique sont faibles ;
- recherchez l'adhésion des responsables des services en présentant les données factuelles mises en évidence par l'audit et en faisant référence à tout ce qui a présidé à l'élaboration du référentiel (la réglementation, les exigences qualité, les recommandations de bonnes pratiques, les choix institutionnels...). Exposez les avantages pour les services d'une amélioration des pratiques et d'une progression des résultats aux évaluations suivantes ;
- obtenez le soutien et les ressources nécessaires à la conduite du plan d'actions :
 - en négociant avec les responsables hiérarchiques et/ou les décideurs, les moyens pour la mise en œuvre des actions : programme de formation, financement pour l'achat de matériel... ;
 - en sollicitant l'expérience de personnes ressources selon le thème et l'organisation de la structure (responsable qualité, chargé de mission, instances, Équipe Opérationnelle d'Hygiène...).



Demandez-vous :

- *les professionnels sont-ils associés à la démarche ?*
- *les bénéfices individuels et collectifs sont-ils probants ?*
- *le soutien des décideurs et des personnes ressources est-il acquis ?*

III. LA CONDUITE DU CHANGEMENT

Faciliter le changement nécessite de disposer de personnes ressources qui accompagnent le projet. C'est le moment de s'interroger sur la composition de l'équipe projet.

Si le programme d'amélioration concerne plusieurs services voire tout l'établissement, la question est de savoir si le chef de projet et les membres de l'équipe projet ayant réalisé l'audit ont les compétences, la légitimité, la disponibilité et toujours autant de motivation pour s'engager dans le plan d'actions. Si les mêmes acteurs sont reconduits, il est préférable d'étoffer l'équipe en associant d'autres professionnels pouvant faciliter la mise en place des mesures correctives ou l'obtention des ressources nécessaires.

Par ailleurs, un copilotage peut s'avérer judicieux notamment si le plan d'actions est important ou si vous avez identifié d'importantes sources de résistance au changement.

Avec l'équipe projet, éventuellement recomposée, mobilisez l'énergie et les ressources de chacun et partagez une vision commune du projet. Leur motivation et leur confiance leur permettront d'avoir une attitude positive envers leurs collègues et de faciliter ainsi la réalisation du plan d'actions.

Enfin, choisissez un mode de management qui facilite la réalisation du projet :

- profitez de l'expérience de projets similaires conduits dans votre établissement :
 - analysez les facteurs de réussite et les raisons des échecs.
- variez les styles de management en fonction des situations et des circonstances : écoute, persuasion, accompagnement, mode participatif ou directif...
- utilisez à bon escient le facteur temps :
 - choisissez les moments opportuns pour lancer les actions ou pour solliciter tel responsable ou telle équipe,
 - accordez du temps aux équipes pour changer leurs habitudes ou au contraire soyez prêt à intervenir rapidement quand la sécurité des soins est en jeu,
 - progressez dans le projet en valorisant les acquis et en capitalisant les expériences au travers de bilans intermédiaires et de retours d'expériences.

Vous êtes commanditaire, demandez-vous :

- *le chef de projet et le groupe projet ayant conduit l'audit sont-ils individuellement et collectivement disposés à accompagner le processus de changement ?*
- *le chef de projet possède-t-il des compétences nécessaires à la conduite du changement ?*

Vous êtes chef de projet, demandez-vous :

- *faut-il un double pilotage ?*
- *d'autres professionnels doivent-ils être associés pour faciliter la mise en œuvre du plan d'actions ?*
- *le plan de formation répond-il aux besoins d'évolution de la structure et des personnels ?*

DÉFINIR ET PILOTER LE PLAN D' ACTIONS

Vous allez maintenant devoir démontrer que, outre l'intérêt de poser un diagnostic, l'objectif de l'audit clinique est d'améliorer la qualité des soins. Une fois les résultats obtenus et communiqués, vous devez impérativement amorcer le processus d'amélioration. À cette étape, nous vous invitons à une grande vigilance ; il ne faut pas sous-estimer le risque de rupture dans la dynamique enclenchée.

Pour réussir le plan d'actions, nous vous invitons à continuer d'appliquer les concepts de gestion de projet. Cette approche vous guidera tout au long de votre travail, elle sera un outil de communication, d'engagement et favorisera l'émergence d'un sens partagé.

Au cours de cette étape, vous allez :

- définir les objectifs à atteindre en termes d'amélioration ;
- identifier les actions à mettre en œuvre (nature, personnes responsables, moyens nécessaires, calendrier) ;
- mettre en place les outils nécessaires au pilotage du plans d'actions.

I. LA DÉMARCHE PROJET

La démarche projet vous aidera à organiser les différents travaux et à en assurer le suivi. La programmation des actions et la répartition des responsabilités par les différents professionnels en seront facilitées. Votre plan d'actions ainsi maîtrisé donnera de la cohérence à la démarche et contribuera à la mutualisation des projets conduits au sein de votre établissement.

Une fiche descriptive peut être rédigée, pour donner au projet de la visibilité et maîtriser le déroulement du plan d'amélioration. De par sa structure, elle est un guide pédagogique pour le chef de projet. Elle l'invite à une clarification de la finalité et à une anticipation des actions à conduire. Ce document peut prendre la forme d'un cahier des charges ou d'une fiche projet, il vous permettra d'en décrire la structure et le dispositif à mettre en place. Il constitue par ailleurs un excellent support de communication. Un exemple de fiche décrivant un projet de prévention et de traitement des escarres est proposé à titre d'illustration à l'annexe 9.

II. LE CHOIX DES ACTIONS

Formaliser un programme d'amélioration va vous demander de fixer des objectifs, choisir des actions réalisables, les planifier et en suivre la mise en œuvre. Souvenez vous que même la plus petite intervention peut contribuer au changement et bénéficier aux patients (3).

Pour rédiger le plan d'actions, vous allez avec l'équipe projet, reprendre les résultats de l'audit, l'analyse des causes des écarts et les axes d'amélioration définis. Vous aurez donc à vous questionner sur le contexte, les contraintes, les ressources, les résistances au changement. Vous rechercherez des données complémentaires auprès des équipes concernées et plus largement au sein de l'institution, notamment sur les interactions éventuelles avec d'autres projets en cours dans l'établissement.

Une fois cette analyse terminée, vous partagerez au sein de l'équipe projet une vision commune de la situation à améliorer. Vous pourrez alors définir des objectifs globaux et fixer des objectifs opérationnels, précis et mesurables.

Les objectifs que vous déterminerez seront simples et modestes. Mieux vaut avoir une ambition mesurée, quitte à obtenir des résultats au-delà des attentes, que d'atteindre partiellement les buts collectivement définis. Le dimensionnement des objectifs en termes de résultats visés revêt un caractère stratégique. Un surdimensionnement découragera et un sous-dimensionnement ne mobilisera pas les professionnels impliqués.

Vous avez hiérarchisé les causes à partir de leur fréquence et de la gravité de leurs conséquences à la phase précédente. Au regard de chacune des causes retenues, vous définirez les objectifs opérationnels qui marqueront les étapes progressives de votre démarche et vous aurez à recenser les solutions possibles.

Vous pouvez procéder à un remue-méninges (2) pour enrichir la palette d'actions préventives ou correctives et encourager l'implication de chacun des membres de l'équipe projet. Toutes les idées d'interventions possibles sont recueillies. Vous les classerez par grandes catégories : organisation, formation, rédaction de documents référentiels, matériel. Vous aurez à bien dissocier les actions qui visent la correction des pratiques de celles qui ont pour objectifs d'accompagner le changement ; actions de formation, rencontre des professionnels sur leur lieux de travail par exemple.

Vous aurez ensuite à définir les actions prioritaires. Pour cela vous pouvez utiliser des outils tel que le diagramme multicritères (2).

Cet outil permet d'explorer plus finement chacune des actions envisagées et de choisir la ou les meilleures propositions d'actions d'amélioration. Il se présente sous la forme d'un tableau à double entrée permettant d'analyser plusieurs sujets en fonction de critères prédéterminés.

Exemple :

Actions	Rapidité	Pertinence/cause des écarts	Faisabilité	Motivation	Sécurité	Coût
Action 1						
Action 2						
Action 3						
...						

Chaque action est assimilable à un mini projet, car elle respecte les mêmes étapes. Les actions retenues feront l'objet d'une description formalisée au travers d'une « fiche-action ». Vous trouverez à l'annexe 10 un modèle de fiche-action.

Cette fiche a pour but de présenter les objectifs, de décrire l'action à mettre en œuvre et l'amélioration attendue. Elle présente l'action en elle-même, le responsable, les moyens nécessaires et les éléments de mesure des effets de sa mise en œuvre.



Demandez-vous :

- *un responsable par action est-il nommé ?*
- *les liens avec les autres actions sont-ils identifiés ?*
- *les moyens humains, matériels, financiers sont-ils disponibles ou mobilisables ?*
- *le niveau de contribution des acteurs associés est-il défini ?*

L'ensemble de ces actions ainsi décrites constitue votre plan d'amélioration dont vous allez maintenant planifier la mise en œuvre. Mais auparavant assurez-vous de l'approbation des personnes parties prenantes dans l'activité considérée et n'oubliez pas de recueillir les validations indispensables des autorités et instances qui devront favoriser la mise en œuvre des actions, notamment par l'obtention des ressources nécessaires. Si votre établissement compte un responsable qualité, n'omettez pas de lui adresser toutes informations utiles permettant d'inscrire votre action dans le cadre de la démarche qualité institutionnelle.

III. LA PLANIFICATION DES ACTIONS

Une fois les actions, correctives et/ou préventives, choisies et décrites, il vous reste à déterminer leurs modalités de mise en œuvre, leur enchaînement et à définir les échéances-clés.

Cette planification des actions va vous aider à maîtriser la réalisation des actions et à assurer le contrôle des résultats obtenus. Elle est un support de visualisation et de communication concernant le déroulé du plan d'amélioration.

Pour vous aider dans cette étape, vous pouvez utiliser un outil de planification. Nous vous proposons : *le diagramme de Gantt*.

Cet outil constitue un support graphique qui visualise l'ensemble des actions à entreprendre dans le cadre de votre projet d'amélioration.

Il est surtout utile pour indiquer clairement la date de commencement et de fin de chaque action, la durée, les chevauchements entre les différentes activités :

- les activités clés qui risquent d'être obstacles si elles ne sont pas réalisées dans les délais impartis ;
- le niveau de responsabilité de chaque membre du groupe projet dans la conduite du plan d'actions.

Une illustration du diagramme de Gantt est proposée à l'annexe 11. Dans le document présenté sur le site Internet de l'Anaes, vous disposerez d'un diagramme de GANTT interactif.



La planification réalisée, demandez-vous :

- *chacun sait-il ce qu'il à faire ?*
- *connaissez-vous le niveau de responsabilité de chaque participant ?*
- *avez-vous clairement identifié les liens entre les phases et les actions clés ?*
- *savez-vous quand votre action doit commencer et se terminer ?*

IV. LE PILOTAGE DES ACTIONS

Le pilotage du plan d'amélioration se réalise par la confrontation du déroulé prévisionnel du projet, formalisé à partir des outils précédemment présentés et la réalisation pas à pas des actions d'amélioration.

La planification fournit les éléments utiles au contrôle efficace de la progression du projet. L'objet de ce contrôle est de mettre en évidence les écarts entre le prévisionnel et le réalisé. Vous chercherez à expliquer ces écarts, à en évaluer les impacts sur les résultats attendus et à proposer éventuellement une correction dans la conduite de votre projet.

Le diagramme de GANTT se révèle ici un excellent outil de pilotage, une aide au suivi du processus d'amélioration. Il vous permet de fixer les réunions d'avancement du projet à des moments stratégiques, de juger de la progression du plan d'amélioration et d'en contrôler efficacement la mise en œuvre.

Les réunions d'état d'avancement du projet permettent aux différents responsables de faire leur rapport sur le niveau de réalisation de leur action, les difficultés rencontrées, les soutiens qui se manifestent au sein des équipes.

Les retards sont fréquents, ils ne sont pas signes d'une «mauvaise conduite de projet ». L'important, pour vous, est d'être en alerte avec les membres du groupe pour identifier et maîtriser les causes afin de réajuster la conduite du plan d'amélioration. Le projet est de l'ordre du vivant, il évolue en fonction de circonstances et d'événements contextuels.

Plus vos actions nécessitent de temps, de moyens, d'implication de professionnels et plus vous aurez à contrôler la mise en œuvre, voire à réajuster des éléments de votre démarche. Il s'agit ici de manager le projet pour prendre en compte le contexte dans lequel il s'inscrit et lui donner toutes ses chances de réussite.

Au cours de l'avancement du projet, associez et informez l'ensemble des professionnels concernés par le changement attendu. Plus votre projet est ambitieux et plus vous serez amené à organiser et formaliser les temps de communication sur le projet. À cet effet un bilan d'étape peut être rédigé et servir de support d'information. Il sera adressé aux personnes clés qui, directement ou indirectement, auront un rôle à jouer pour faciliter, autoriser, décider...

À cette phase, la communication ne peut pas se réduire uniquement à une transmission d'informations lors d'une réunion institutionnelle.

Exemple : Commission Médicale d'Établissement, réunion de cadres...

Le but est d'impliquer et d'engager dans la démarche un maximum de professionnels concernés, y compris des décideurs. Organisez de véritables temps de rencontre et d'échanges. Choisissez un mode de communication facilitant l'interactivité avec votre public. Offrez du temps, de l'écoute. Ouvrez un espace de paroles vrai où l'expression des craintes, des doutes sera autorisée. Osez entendre et accepter les critiques, bien souvent constructives. Ce seront autant d'éléments de compréhension de la situation sur lesquels vous aurez à vous questionner pour adapter votre démarche. La stratégie de changement doit impérativement être ajustée en fonction des réactions que vous percevrez.

Cette phase, vécue parfois comme chronophage, est indispensable à la compréhension et l'appropriation des changements par les professionnels. La stratégie de communication se révèle souvent un puissant levier de changement.



Demandez-vous :

- *l'état d'avancement de chacune des actions en cours est-il connu ?*
- *l'écart entre le plan d'action prévisionnel et l'action sur le terrain est-il identifié ?*
- *le plan d'amélioration est-il connu des professionnels ?*

RÉÉVALUER LA SITUATION

Un dispositif de suivi sera défini pour s'assurer de l'efficacité et de la pérennisation des améliorations apportées et maintenir la vigilance des professionnels.

Au cours de cette étape, vous allez :

- identifier les conditions du suivi de la situation (deuxième audit ou indicateurs) ;
- vous assurer que ce dispositif s'intègre dans une démarche d'amélioration continue de la qualité ;
- penser à la communication afférente.

I. UN DEUXIÈME TOUR D'AUDIT

— *L'audit a révélé de nombreux écarts significatifs*

Un deuxième tour d'audit sera sans doute nécessaire. Vous aurez à considérer le temps incompressible nécessaire au déploiement des actions d'amélioration et à leur ancrage dans la pratique quotidienne en tenant toujours compte de paramètres tels que la réactivité de la structure de soins et des professionnels concernés.

Ce second tour d'audit sera annoncé à l'ensemble des professionnels impliqués dans la pratique observée. Il peut être un élément de motivation facilitant la mise en œuvre des actions d'amélioration. Il permettra de juger de l'efficacité des actions entreprises. Attention, seule l'utilisation du même outil d'audit vous autorisera des comparaisons entre le premier et le second tour. Votre objectif sera de montrer les différences entre les résultats obtenus aux deux tours pour valoriser les progrès réalisés.

— *Vous avez un écart significatif sur quelques critères*

Si vous observez des écarts significatifs sur quelques critères seulement, alors vous ne réitérerez sans doute pas l'audit dans son intégralité. À cette étape, vous connaissez l'investissement nécessaire à sa réalisation. Vous serez apte à juger en fonction du rapport investissements-résultats s'il ne serait pas plus judicieux d'auditer uniquement les critères les plus déficitaires. L'estimation du risque peut conduire à la mise en place immédiate d'une action d'amélioration avec réévaluation rapide des critères concernés.

Dans ces deux cas, le suivi des effets du plan d'amélioration à partir d'un second audit introduit le caractère dynamique du plan d'amélioration, l'objectif étant de valoriser les progrès réalisés et de favoriser une véritable culture de l'évaluation.

II. L'UTILISATION D'INDICATEURS

Peut-être estimerez-vous qu'un second audit ne s'impose pas. Ce qui ne signifie aucunement que rien est à faire. Nous vous invitons dans cette situation à déterminer des indicateurs vous permettant de suivre la qualité de la pratique observée dans le cadre d'un système d'un recueil de données (19). La mise en place des indicateurs s'inscrit dans une démarche de progrès qui consiste à mesurer et à donner du sens à l'action.

Le choix des indicateurs est le fruit de la réflexion de l'équipe (20). Vous aurez à définir :

- le niveau d'exigence : il est dépendant du contexte réglementaire ou local, celui-ci doit être accessible et réaliste (21) ;
- le seuil limite d'acceptabilité (seuil critique) : seuil en dessous duquel vous déclencherez une alerte avec le groupe de suivi. Après une première analyse, vous jugerez l'opportunité de déclencher un audit de contrôle ou la mise en place d'une mesure corrective d'urgence.

Quel que soit votre choix, n'oubliez pas que votre démarche doit présenter un caractère dynamique. Si les résultats sont satisfaisants, communiquez sur l'aspect positif de la correction par votre plan d'amélioration. Prenez le temps avec les professionnels concernés de commenter les tableaux de bord que vous aurez construit.

Le tableau de bord est un outil de pilotage et d'aide à la décision d'autant plus efficace que les mesures sont régulières. Il permet également de visualiser les écarts entre les objectifs prévisionnels et les réalisations. Il doit être synthétique, lisible et compréhensible. La communication sur les résultats permet d'informer les professionnels sur les effets de leurs activités dont ils sont parfois insuffisamment conscients. Un exemple de tableau de bord est présenté à l'annexe 12.

Vous réintroduirez de l'information dans le système à chaque fois que possible, ce qui activera la boucle de régulation seule propice à modifier des comportements.

Vous inscrirez l'évaluation des pratiques dans un processus de recherche d'amélioration continue de la qualité.



Demandez-vous :

- *quels sont les enjeux de cette réévaluation ?*
- *que cherchons-nous à mesurer ?*
- *quels sont les objectifs opérationnels rattachés aux indicateurs ?*
- *quelles sont les modalités de communication des résultats à prévoir notamment les tableaux de bord de suivi des indicateurs ?*

CONCLUSION

Vous avez maintenant en main un guide qui va vous conduire pas à pas vers la réussite d'un audit clinique et son complément indispensable, le plan d'amélioration.

Méthode d'évaluation de première intention, l'audit clinique offre aux néophytes une formidable occasion de s'engager avec les professionnels plus expérimentés dans la démarche d'amélioration de la qualité.

Depuis plus de dix ans, cette méthode structurée et simple a été mise en œuvre et éprouvée par l'Anaes et les professionnels des établissements de santé.

Démarche progressive et rigoureuse, elle demande de mettre autant d'énergie dans la conduite de l'audit clinique que dans le plan d'actions. À court terme, cette démarche apporte une meilleure visibilité et une progression de la qualité des soins. À moyen ou long terme, elle accélère l'acquisition des connaissances et des compétences et favorise l'ancrage de la qualité.

L'investissement humain et logistique doit être :

- précis, suivant une technique de gestion de projet ;
- partagé au travers de l'implication de tous les acteurs, et tout particulièrement de la direction ;
- visible au travers d'un plan de communication.

Les autres facteurs de réussite sont liés à l'instauration d'un climat de confiance et à la capacité des acteurs du changement à provoquer le désir d'évaluer et d'innover.

Véritable occasion de tirer parti des expériences et de les capitaliser, la mise en œuvre du plan d'actions va produire des bénéfices pour :

- la personne soignée en favorisant sa confiance dans la sécurité et dans la qualité des soins délivrés ;
- les professionnels de santé en leur permettant d'acquérir de nouvelles compétences et la reconnaissance ;
- l'institution en acquérant des méthodes d'amélioration de la qualité et de management de projet transférables dans d'autres situations.

S'inscrivant dans le système complexe qu'est l'établissement de soins, cette démarche doit prendre en compte la dimension humaine des projets en mobilisant les valeurs et les ressources autour d'objectifs réalistes et écologiques.

En utilisant les leviers de l'organisation et de la communication, l'audit clinique et le plan d'actions redonnent du sens et de la valeur au travail. Le challenge est de mettre en place et d'ancrer solidement une culture de l'évaluation au service des établissements de santé et de la société.

À force de percées, les portes s'ouvrent vers le progrès pour que nous évoluions tous ensemble vers une culture de l'amélioration de la qualité.

ANNEXE 1. RÉALISATION D'UN AUDIT CLINIQUE ORGANISÉ PAR UNE STRUCTURE EXTÉRIEURE

Vous avez l'opportunité de participer à un audit clinique multicentrique organisé par une tutelle, une société savante, une organisation professionnelle... C'est l'occasion pour votre établissement de comparer vos résultats à ceux de sites similaires et à l'ensemble des participants (3).

Outre la comparaison des résultats, l'autre grand intérêt que présente cette démarche est de favoriser la rencontre et le partage d'expériences avec des professionnels d'autres structures de soins.

Idéalement, les organisateurs de ces audits doivent être capables de manager de grands programmes, posséder des experts en méthodologie et intégrer des professionnels disposant d'une expertise sur le thème audité. Par ailleurs, le financement de tels projets doit être transparent.

— *La démarche*

Il est assez fréquent que les organisateurs démarrent la démarche sans avoir complètement finalisé les détails de la méthodologie, celle-ci étant perfectionnée après une première rencontre avec les participants qui font part de la diversité de leurs pratiques.

Cependant, l'un des points faibles de ce type d'audit réside dans la difficulté à vérifier la fiabilité des données recueillies, spécialement quand celles-ci sont recueillies par des professionnels de formations différentes, d'expériences variables et exerçant dans des structures diverses. La fiabilité des données est nécessaire pour assurer de véritables comparaisons.

Après la transmission des données recueillies, les résultats devraient vous être communiqués après un temps relativement court. Par ailleurs, vous devez avoir la possibilité de connaître vos résultats avant la publication officielle des résultats de l'ensemble des participants et de constituer votre propre opinion avant de vous comparer aux autres équipes.



Demandez-vous :

- *le comité d'organisation est-il crédible ?*
- *comment est assuré le financement du projet ?*
- *des rencontres entre les professionnels des différents sites sont-elles organisées ?*
- *la fiabilité des données recueillies est-elle vérifiée ?*
- *quel est le délai prévu pour le retour des résultats ?*
- *avez-vous la possibilité de comparer vos résultats à ceux de sites similaires ?*
- *connaissez-vous les modalités de publication des résultats ?*
- *qui valide, dans votre établissement, la décision de prendre part à un audit clinique organisé par une structure extérieure ?*

— ***L'analyse des résultats***

N'attendez pas le retour des résultats dont le délai peut être assez long car vous risquez d'être moins pertinent et d'avoir perdu en motivation. Procédez en interne à l'analyse de vos propres résultats et permettez à votre établissement d'aller à la rencontre de lui-même avant de se comparer à l'ensemble des établissements participants. Il arrive fréquemment que les résultats retransmis soient rendus anonymes et ne permettent pas de comparaison entre des sites similaires.

Lors de l'obtention des résultats :



Demandez-vous :

- *comment vous situez-vous par rapport à l'ensemble des résultats ? Quels sont vos atouts et vos faiblesses ?*
- *y a-t-il des critères où vos résultats sont particulièrement moins bons ? Si oui, quelles peuvent en être les conséquences ? De quelle manière allez-vous réagir sur le plan local ?*
- *y a-t-il des domaines où vous êtes particulièrement bons ? Si oui, quelles sont les opportunités de faire valoir vos performances sur le plan régional ou national ? Comment allez-vous valoriser en interne ces bons résultats ?*
- *si vous pouvez comparer vos résultats à ceux d'établissements similaires, disposez-vous de suffisamment d'éléments pour permettre une comparaison fiable et sans jugement de valeur ? Que pouvez-vous apprendre des autres établissements ?*

ANNEXE 2. RÉUNIONS DE L'ÉQUIPE PROJET

Type de réunion	Objectifs	Déroulement	Documents
LANCEMENT	<ul style="list-style-type: none"> - Initier la constitution de l'équipe projet - Présenter les différentes étapes du programme d'audit et les actions à mener - Valider les points essentiels - Rechercher un consensus de départ pour fédérer l'équipe 	<ul style="list-style-type: none"> - Présentation du projet : objectifs, enjeux, cadre organisationnel, grandes lignes de la planification - Présentation des membres - Répartition du travail - Modalités de fonctionnement - Calendrier des prochaines réunions 	<ul style="list-style-type: none"> - Fiche de présence - Charte de fonctionnement - Calendrier de travail
AVANCEMENT	<ul style="list-style-type: none"> - Contrôler l'avancement - Détecter les écarts réalisé/prévu - Maintenir l'implication des membres 	<ul style="list-style-type: none"> - Compte rendu de chaque membre/actions, activités - Élaboration des documents - Modalités de résolution des problèmes, des écarts si nécessaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Ordre du jour des réunions - Comptes rendus des réunions et relevé de décisions - Fiche projet - Fiche actions
CLÔTURE	<ul style="list-style-type: none"> - Valoriser les réussites de l'équipe projet - Partager l'expérience acquise 	<ul style="list-style-type: none"> - Présentation des résultats et de l'impact de la démarche, tour de table - Remerciements du chef de projet à l'équipe projet avec présence d'un responsable et/ou de la direction 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapport d'audit - Rapport de synthèse du plan d'actions

ANNEXE 3. PLAN DE COMMUNICATION POUR UNE ÉTAPE DONNÉE

Nom de l'étape : lancement de l'audit clinique sur la tenue du dossier du patient

À l'hôpital de -----, 500 lits dans le cadre d'une évaluation annuelle mise en place depuis 2 ans, portant sur 100 dossiers

	Cible : Comité qualité- accréditation	Cible : Encadrement médical et paramédical	Cible : Professionnels des services
Objectif (pourquoi ?)	Développer la culture de l'évaluation Préparer à l'accréditation	Impliquer les cadres dans l'amélioration de la tenue des dossiers patients de leur service	Évaluer la qualité de la tenue des dossiers
Contenu (quoi ?)	Message-clé commun : amélioration de la qualité des soins : continuité, sécurité, traçabilité des prises en charge des patients hospitalisés Rappel de la démarche d'amélioration et d'évaluation initiée depuis 2 ans Rappel des résultats de 2002 et annonce des objectifs attendus pour 2003 Présentation du référentiel d'évaluation, du protocole d'audit et des modalités d'évaluation Présentation du calendrier prévisionnel Présentation des 2 chefs de projets et de la composition de l'équipe projet		
Acteurs chargés de l'action de communication (par qui ?)	Les 2 chefs de projets : - médecin du département d'information médicale - cadre supérieur de santé, chargé de l'amélioration du dossier de soins		
Méthodes (comment ?)	Présentation lors de la séance mensuelle du comité	Présentation lors d'une séance de la CME et lors d'une réunion de l'encadrement	Information/Réunion des services concernés par le cadre de santé et/ou le médecin chargé du suivi
Supports écrits et visuels (comment ?)	Supports écrits : référentiel d'évaluation et protocole d'audit		
	Transparents CD Rom	Transparents Rappel par messagerie interne	Affichage de l'information dans les services
Modalités (quand et où ?)	20 janvier 2003 salle de réunion de la direction	22 janvier 2003 : CME 23 janvier 2003 : encadrement en salle de conférence	À partir du 1 ^{er} février 2003 dans les services

ANNEXE 4. GRILLE D'ÉVALUATION DE LA POSE D'UNE SONDE URINAIRE

N° de la grille ÿ ÿ

Date :
Service :
Nom de l'évaluateur :
Fonction :
Identification du patient : les 3 premières lettres ÿ ÿ ÿ ou étiquette :

Cette grille doit être remplie lors de la pose de la sonde urinaire, en auto-évaluation, par l'infirmière ou le médecin ayant réalisé la pose.

N°	CRITÈRES	OUI	NON	NA	COMMENTAIRES
1	Une explication a été donnée au patient	ÿ	ÿ	ÿ	
2	L'indication du sondage urinaire est connue et la prescription médicale est écrite, datée, signée	ÿ	ÿ		
3	Le choix de la sonde est réalisé selon la durée prévisionnelle du sondage	ÿ	ÿ		
4	Un lavage des mains avec un savon simple est réalisé avant la toilette génito-urinaire	ÿ	ÿ		
5	Une toilette de la zone génito-urinaire est effectuée avec du savon simple	ÿ	ÿ		
6	Des gants et un champ stériles sont utilisés pour la pose de la sonde	ÿ	ÿ		
7	Une toilette de la zone génito-urinaire est effectuée avec du savon antiseptique	ÿ	ÿ		
8	Le dispositif de drainage est stérile et clos	ÿ	ÿ		
9	Le dispositif est gonflé avec de l'eau stérile suivant les indications du fabricant	ÿ	ÿ		
10	La sonde est fixée à la cuisse ou à l'abdomen en évitant tout reflux	ÿ	ÿ	ÿ	
11	La sonde est fixée à la cuisse en déclive, sans contact avec le sol	ÿ	ÿ		
12	Le sac collecteur est fixé en déclive, sans contact avec le sol	ÿ	ÿ		
13	Un lavage des mains avec un savon simple est réalisé après la pose de la sonde urinaire	ÿ	ÿ		
14	La date de la pose, le type de la sonde et la charrière sont notés dans le dossier	ÿ	ÿ		

NA : non applicable

ANNEXE 4 BIS. AIDE AU REMPLISSAGE DE LA GRILLE : AUDIT APPLIQUÉ À LA POSE DE LA SONDE

Principe : en cas de réponse «Non applicable » ou «NON », l'explication ou la justification doit apparaître dans les commentaires.

- Critère 1 Une explication a été donnée au patient.**
Répondre NA si le patient est sédaté ou inconscient.
Répondre OUI en cas de difficulté de compréhension de l'information donnée ; le spécifier dans le commentaire.
- Critère 2 L'indication du sondage urinaire est connue et la prescription médicale est écrite, datée et signée.**
Répondre NON si l'un des items est manquant.
- Critère 3 Le choix de la sonde est réalisé selon la durée prévisionnelle du sondage.**
Répondre NON si la notion de prévision, même imprécise, est absente.
Exemple de durée prévisionnelle acceptée : environ 1 semaine.
- Critère 4 Un lavage des mains avec un savon simple est réalisé avant la toilette génito-urinaire.**
Répondre OUI si une solution hydro-alcoolique est utilisée, le spécifier dans les commentaires.
- Critère 5 Une toilette de la zone génito-urinaire est effectuée avec du savon simple.**
Répondre OUI si le patient effectue lui-même cette toilette.
- Critère 6 Des gants et un champ stériles sont utilisés pour la pose de la sonde.**
Répondre NON si un des éléments manque.
Répondre OUI si un set contenant ces éléments est utilisé.
- Critère 7 Une toilette de la zone génito-urinaire est effectuée avec du savon antiseptique.**
Répondre NON si la chronologie des toilettes génito-urinaires n'est pas respectée.
- Critère 8 Le matériel comprend une dose unique de crème lubrifiante.**
Répondre OUI si un set contenant cet élément est utilisé ou si la sonde est auto-lubrifiante.
- Critère 9 Le dispositif de drainage est stérile et clos.**
Répondre OUI si l'intégralité du dispositif est clos et stérile (sonde et sac collecteur).
- Critère 10 Le ballonnet est gonflé avec de l'eau stérile suivant les indications du fabricant.**
Répondre NA si le ballonnet est sous ou surgonflé sur prescription médicale.
- Critère 11 La sonde est fixée à la cuisse ou à l'abdomen en évitant tout reflux.**
Répondre NON si l'un des items n'est pas rempli.
Exemple : la sonde est positionnée pour éviter le reflux, sans être fixée : répondre NON.

- Critère 12** **Le sac collecteur est fixé en déclive, sans contact avec le sol.**
Répondre NON si les deux conditions ne sont pas remplies, quelle que soit la position, l'endroit où se trouve le patient.
- Critère 13** **Un lavage des mains avec un savon simple est réalisé après la pose de la sonde urinaire.**
Répondre OUI si une solution hydro-alcoolique est utilisée, le spécifier en commentaires.
- Critère 14** **La date de la pose, le type de sonde et la charrière sont notés dans le dossier du patient.**
L'inscription doit apparaître sur un des supports qui composent le dossier du patient ; répondre NON si l'un des éléments n'est pas noté.

ANNEXE 5. ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE LA POSE ET DE LA SURVEILLANCE DES SONDES URINAIRES

Cet audit s'inscrit au programme 2000 de l'Anaes. Il fait suite à une parution du guide Anaes sur l'évaluation de la qualité de la pose et de la surveillance des sondes urinaires.

La démarche d'audit a pour objectif d'évaluer la qualité de ces pratiques professionnelles, à partir des grilles de critères proposées par l'Anaes.

Un groupe de travail est constitué dans chaque établissement. Il est placé sous la responsabilité d'un coordonnateur chargé de :

- mettre en place le plan de communication relatif à la démarche dans son établissement (information des partenaires et des instances) ;
- former les membres du groupe à la méthode d'évaluation ;
- encadrer le groupe, définir les modalités d'évaluation ;
- définir les limites de l'évaluation ;
- conduire la collecte des données et en garantir la confidentialité ;
- rédiger le rapport d'audit ;
- respecter le calendrier.

Le protocole d'évaluation ci-joint a pour but de faciliter la réalisation de l'audit.

Documents ci-joints :

1. Le protocole d'évaluation
2. Les 3 grilles d'audit et les outils d'aide au remplissage
3. Les grilles de dépouillement des résultats
4. Les outils d'aide à l'analyse
5. Un plan type de rapport d'audit

PROTOCOLE D'ÉVALUATION

I. CHAMP D'APPLICATION

L'évaluation porte sur la qualité de la pose de la sonde, des soins et de la surveillance du patient porteur d'une sonde urinaire.

L'audit concerne préférentiellement les services de soins suivants :

- secteur opératoire ;
- réanimation ;
- urologie, néphrologie ;
- médecine interne ;
- moyen séjour ;
- médecine physique et réadaptation ;
- urgences.

II. TYPE D'ÉVALUATION

Il s'agit d'une étude prospective portant sur :

- un audit organisationnel : la grille de critères est à renseigner par le coordonnateur, une seule fois, pour l'ensemble de l'établissement ;
- un audit clinique appliqué à la pose des sondes urinaires.

Il s'agit d'une auto-évaluation portant sur 30 actes de pose réalisés dans un même service. Dans l'éventualité où les 30 grilles ne peuvent être obtenues dans le même service, le coordonnateur peut associer d'autres services volontaires, les grilles étant retenues de manière chronologique.

- un audit clinique appliqué aux soins et à la surveillance du patient porteur d'une sonde urinaire.

III. CALENDRIER DE TRAVAIL

L'évaluation se déroulera sur une période de 6 semaines, du 2 novembre au 11 décembre 2000. Le rapport d'audit, rédigé par le coordonnateur de l'établissement, devra être communiqué à l'Anaes pour le 8 janvier 2001.

IV. UTILISATION DES GRILLES DE RECUEIL DES DONNÉES

Une grille d'aide à la lecture des critères est proposée pour chacune des grilles de recueil des données.

Modalités d'utilisation des grilles d'évaluation des pratiques professionnelles :

- numéroter les grilles par ordre chronologique ;
- répondre à chaque critère par OUI ou par NON ;
- commenter obligatoirement la réponse « Non Applicable » qui est possible pour plusieurs critères ;
- utiliser la case « commentaires » pour préciser certaines pratiques ou organisations spécifiques au service.

Pour la pose de la sonde urinaire : remplir la grille, juste après l'acte.

Pour les soins et la surveillance : renseigner les critères sur une période de 24 heures.

C'est le coordonnateur de l'audit qui conduit la collecte de données, assure la conservation de ces grilles et la confidentialité.

V. SOURCES D'INFORMATION

Audit organisationnel :

C'est le coordonnateur de l'audit qui renseigne les critères en effectuant un recensement des documents et une recherche d'informations auprès du CLIN, de l'équipe opérationnelle d'hygiène quand elle existe, du pharmacien, du service de soins infirmiers, du service de formation continue... selon l'organisation adoptée dans l'établissement.

Audit appliqué à la pose des sondes urinaires :

Les infirmières et les médecins réalisant la pose, ainsi que le dossier du patient, constituent les sources d'information.

Audit appliqué aux soins et à la surveillance :

Les infirmières, les médecins, les aides-soignantes et le dossier du patient constituent les sources d'informations.

VI. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

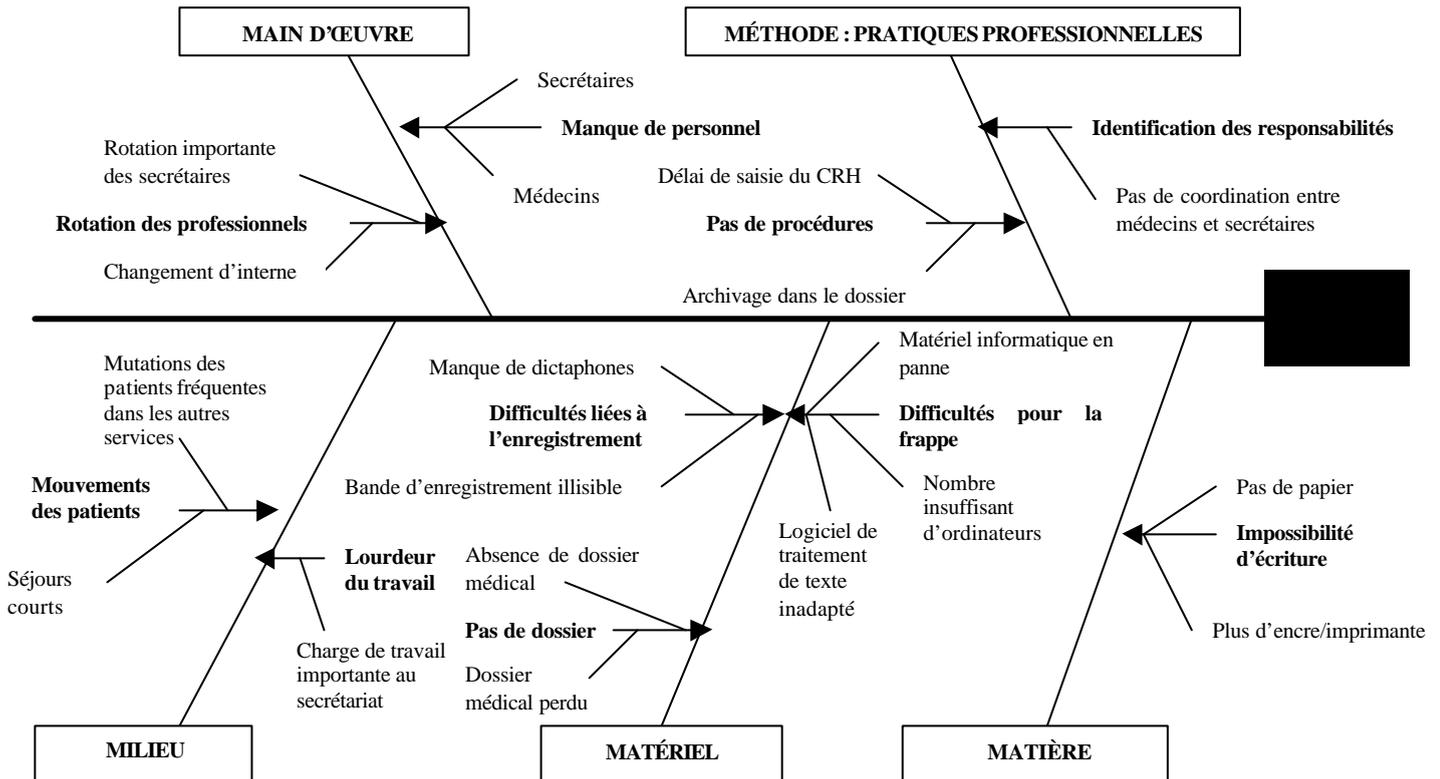
Une saisie sur disquette, proposée par l'Anaes, permet le traitement des données et la présentation des résultats.

VII. RECHERCHE DES CAUSES DES ÉCARTS ET PROPOSITIONS D'UN PLAN D'ACTION D'AMÉLIORATION

Cette étape sera menée par le groupe de travail pluriprofessionnel concerné par la pose et la surveillance des sondes urinaires et conduite par le coordonnateur de l'audit.

ANNEXE 6. DIAGRAMME D'ISHIKAWA : EXEMPLE APPLIQUÉ AU COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

Exemple appliqué à la recherche des causes possibles d'un compte-rendu d'hospitalisation absent car non fait



ANNEXE 7. LA DOCUMENTATION DE L'AUDIT CLINIQUE

	Étapes de l'audit	Documents à produire	Destinataire
P R É P A R A T I O N	Lancement du projet	Projet d'évaluation ou cahier des charges	Demandeur
		Calendrier de travail	
	Thème : - documentation locale (protocoles) - réglementations, recommandations	Équipe projet	
D E	Choix des critères	Référentiel	
L' A U D I T	Choix de la méthode de mesure	Protocole d'audit	Auditeurs
		Grille de recueil de données	Professionnels audités
		Guide d'utilisation de la grille	
M I S E E N O E U V R E	Lancement de l'audit	Note de présentation, supports visuels	Responsables, Instances, Professionnels concernés.
	Recueil des données	Grilles de saisie ou de traitement des données	Auditeurs
	Analyse des résultats	Tableaux, graphiques des résultats Grille d'aide à l'analyse des écarts	Équipe projet
R E S T I T U T I O N D E S R É S U L T A T S	Restitution des résultats aux équipes auditées et recherche d'actions d'amélioration	Tableaux de résultats pour validation	Équipes auditées
	Présentation des résultats des axes d'amélioration au niveau institutionnel	Note de synthèse	Instances Équipes auditées Responsables institutionnels concernés Idem + tous les services audités
		Supports visuels Rapport d'audit	
Valorisation de la démarche et des résultats	Publication en interne (journal local, Intranet) Publications dans la presse professionnelle	Tous les professionnels	

ANNEXE 8. PLAN TYPE DU RAPPORT DE L'AUDIT CLINIQUE

I. PRÉSENTATION DU CONTEXTE

II. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

III. ORGANISATION ET DÉROULEMENT DE LA DÉMARCHE

III.1. Composition du groupe projet

III.2. Services ou unités impliqués

III.3. Plan de communication au sein de l'établissement

III.4. Description succincte de la méthode de l'audit

III.5. Calendrier de réalisation et déroulement des différentes étapes

IV. RÉSULTATS

— *Présentation des résultats chiffrés sous forme de tableaux avec ou sans graphiques*

V. ANALYSE QUALITATIVE DES RÉSULTATS AVEC IDENTIFICATION DES CAUSES D'ÉCARTS

VI. PROPOSITION DES AXES D'AMÉLIORATION

VII. CONCLUSION ET IMPACT DE LA DÉMARCHE AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT

Annexes : outils utilisés pour la réalisation de l'audit

ANNEXE 9. FICHE PROJET : EXEMPLE D'UN PROJET DE PRÉVENTION ET DE TRAITEMENT DES ESCARRES

Centre Hospitalier de

SERVICE	Date	Thème du projet:
DIRECTION DES SOINS	Octobre 2002	Prévention et traitement des escarres

COMPOSITION DU GROUPE		
NOM	Fonction	Service
Chef de projet		
M ^{me}	Cadre de santé	Service des brûlés hôpital T...
Personnes ressources		
M. P.R	Cadre infirmier spécialiste clinique	Direction des soins
M ^{me} F.V	Cadre hygiéniste	Service d'hygiène hospitalière
M ^{me} A.M	Cadre de santé	Orthopédie
Membres du groupe		
M ^{me} B.C	Infirmière	Neurologie Charcot hôpital B...
M ^{me} C.C	Aide-soignante	Orthopédie 1 C hôpital T...
M ^{me} C.D	Infirmière	Soins de suite hôpital T...
M. C.C	Aide-soignante	Neuro-traumatologie hôpital E...
M ^{me} H.D	Aide-soignante	Hôpital GB
M ^{me} G.C	Infirmière	Médecine B Bleue hôpital B...
M ^{me} L.M.C	Pharmacien	Pharmacie hôpital B...
M. M.L	Dermatologue	Dermatologie hôpital T...
M ^{me} O.B	Kinésithérapeute	Hôpital T...
M ^{me} L.A	Pédiatre	Hôpital C...
M ^{me} V.I	Médecin-douleur	Consultation douleur hôpital B...

PROBLÉMATIQUE

Malgré tous les progrès de ces vingt dernières années, l'escarre reste une pathologie préoccupante par sa fréquence, sa gravité, la douleur et les coûts qu'elle génère.

Le travail que réalise le Comité de prévention et de traitement des escarres participe pleinement à la concrétisation des engagements du service de soins et de l'ensemble de la communauté hospitalière : s'inscrire dans une démarche de recherche continue d'amélioration des soins et de concertation multiprofessionnelle et d'efficacité des soins offerts à la personne soignée.

C'est dans cette perspective et dans le cadre du Comité des dispositifs médicaux que des soignants souhaitent conduire un projet d'amélioration de la prévention et du traitement des escarres au CH.

Constats

1. Les méthodes et les techniques de prévention utilisées par les équipes soignantes résultent encore parfois d'une démarche empirique manquant d'éléments d'objectivation.
2. La multiplicité des produits et des matériels sur le marché complexifie le choix de la conduite préventive et curative des équipes.
3. À ce jour aucun travail coordonné sur l'ensemble des services n'a été conduit.
4. Aucun relevé du nombre de personnes porteuses ou ayant contracté une escarre au CH n'a été réalisé.

OBJECTIFS

Objectif global :

- améliorer la qualité des soins par une réduction de la prévalence des escarres ou de leur gravité.

Objectifs opérationnels :

- s'inscrire dans la dynamique qualité initiée au CH ;
- rationaliser autant que possible la pratique et les techniques de soins liées à la prévention et au traitement des escarres ;
- rechercher le meilleur rapport efficacité/coût.

MISE EN ŒUVRE DU PROJET

Étape 1 :

Responsable : M. P.R

<u>ACTIONS</u>	Analyse de l'existant : réalisation de deux études
<u>ÉCHÉANCIER</u>	Juin 2000
<u>MOYENS</u>	<u>Ressources humaines :</u> <ul style="list-style-type: none"> - 4 réunions du groupe projet pour réaliser les supports d'études ; - Mobilisation d'une personne par service pour répondre au questionnaire - 1 heure X nombre de services ; - Temps de secrétariat pour saisie et mise en forme des rapports d'études ; - Temps d'analyse et de communication pour les membres du groupe. <u>Ressources matérielles :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Utilisation du logiciel épi-info de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière.

Étape 2 :Responsable : M^{me} P.C

<u>ACTIONS</u>	Rédaction de recommandations pour la prévention et le traitement des escarres en vue d'amélioration
<u>ÉCHÉANCIER</u>	Premier semestre 2001
<u>MOYENS</u>	<u>Ressources humaines :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Modification du dispositif : sous forme thématique avec participation d'experts : traitement cutané, douleur, nutrition, produit et matériel, pédiatrie. <u>Ressources matérielles :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Moyen de reprographie : envisager environ 300 documents.

Étape 3 :

Responsable : M. P.C

<u>ACTIONS</u>	Mise en place d'actions d'accompagnement
<u>ÉCHÉANCIER</u>	Deuxième semestre 2001
<u>MOYENS</u>	<u>Ressources humaines :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Rencontre des membres du groupe projet avec les équipes ; - Développement d'actions de sensibilisation et de formation : <ul style="list-style-type: none"> • Élaboration d'un cahier des charges de formation, • Participation au forum infirmier. - Création d'une cellule multiprofessionnelle escarre. <u>Ressources matérielles :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Temps et charge de travail non appréciable à ce jour.

Étape 4 :Responsable : M^{me} P.C

<u>ACTIONS</u>	Évaluation et suivi du projet
<u>ÉCHÉANCIER</u>	À partir de 2002
<u>MOYENS</u>	Création d'un groupe multiprofessionnel : « comité escarre » pour accompagner les équipes dans le choix d'équipement et de matériel. Enquête de prévalence à programmer en 2004. Exploitation des fiches de déclaration des risques.

Indicateurs de suivi du déroulement du projetIndicateur 1 : **taux de présence aux réunions**Indicateur 2 : **respect des étapes méthodologiques**

Indicateurs : mesure de l'atteinte des objectifs

Indicateurs de résultats :Indicateur 1 : **taux de prévalence des escarres**Indicateur 2 : **degré de gravité des escarres**Indicateurs de processus :Indicateur 3 : **taux de consommation des produits recommandés****Date de réalisation du projet :** janvier 2003

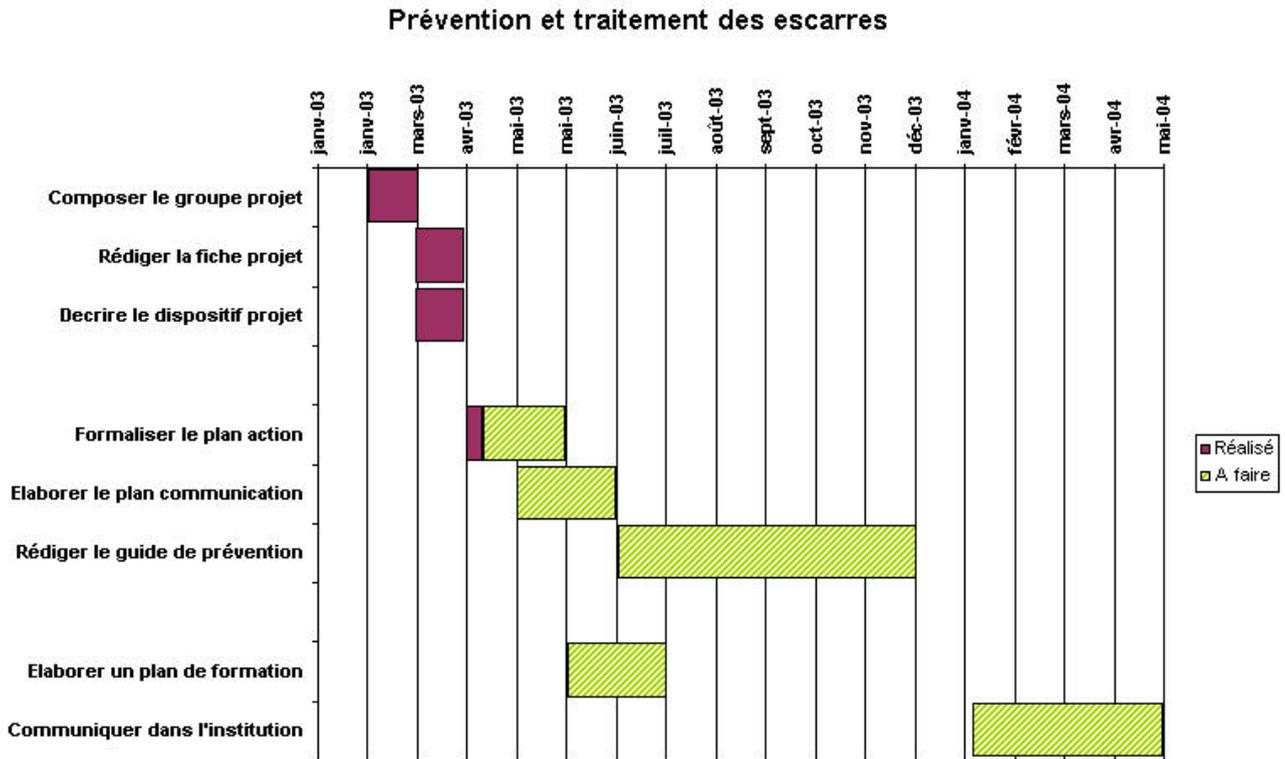
Nom du chef de projet	Signature	Date
M ^{me} P.M.C		Janvier 2000
M. P.R		
Fiche à transmettre à votre supérieur direct		Date de transmission : février 2000

Nom et Fonction	Observations	Validation
M ^{lle} B.M.J Directeur des soins		
Autres destinataires pour information		
Nom	Fonction	Domaine d'activité
M ^{me}	Directeur qualité	
M ^{lle}	Directeur des soins	
M ^{me}	Responsable du comité des dispositifs médicaux	

ANNEXE 10. FICHE ACTION : APPLIQUÉE AU PROJET DE PRÉVENTION ET DE TRAITEMENT DES ESCARRES

Centre hospitalier de		
Direction des soins		
SERVICE	Direction des soins	Thème du projet: prévention et traitement des escarres
Date	Octobre 2002	Titre de l'action : formation continue
Nom du responsable de la mise en place de l'action	Madame P.C Monsieur P.R.	
Objectifs de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer l'identification des patients présentant un risque d'escarre - Actualiser les connaissances concernant la prévention et le traitement des escarres - Maîtriser le choix des produits aux différents stades et phases de la plaie d'escarre 	
Description de l'action	Suite au travail effectué par le comité de prévention et de traitement des escarres au CH, une demande de formation pour réactualiser les connaissances sur la prévention et le traitement des escarres est exprimée par les membres des équipes de soins.	
<input type="checkbox"/> Nature de l'action	Le comité de prévention et de traitement des escarres souhaite proposer aux professionnels des équipes de soins, une action de formation d'une durée d'une journée.	
<input type="checkbox"/> Modalités de mises en œuvre	La formation sera animée en interne par des membres du comité de pilotage du projet escarre, dont un des membres sera responsable de la mise en place et de l'animation de la formation.	
<input type="checkbox"/> Échéancier	Il sera accompagné par une infirmière titulaire du Diplôme Universitaire « plaies et cicatrisation ».	
	Les groupes seront constitués de 15 personnes, multiprofessionnels et multisites.	
Moyens	Nous formulons la demande, au service de formation continue, d'une compensation infirmière pour le service dont sera issue l'infirmière qui animera la formation. Cette compensation sera de deux jours par groupe, soit une journée de préparation et une journée d'animation. Pas de frais pédagogique autres.	
	Trois sessions seront organisées pour 2003.	
Méthode d'évaluation	Recueil de la satisfaction des participants selon la procédure de la formation continue.	
	Évaluation des pratiques organisées pour 2003.	
Nom du (des) rédacteur (s)	Signature(s)	
M ^{me} P.C, M. P.R, M ^{me} A.M		
Fiche à transmettre à votre supérieur hiérarchique direct	Date de transmission : novembre 2002	
Nom et fonction	OBSERVATIONS	Validation
M ^{lle} B.MJ directeur des soins		
M. ST directeur du personnel et de l'action sociale		
Autres destinataires pour information		
NOM	Fonction	Domaine d'activité
M ^{me} D. MJ	Responsable formation continue	

ANNEXE 11. DIAGRAMME DE GANTT : EXEMPLE DE PROGRAMME INFORMATIQUE APPLIQUÉ AU PROJET DE PRÉVENTION ET DE TRAITEMENT DES ESCARRES

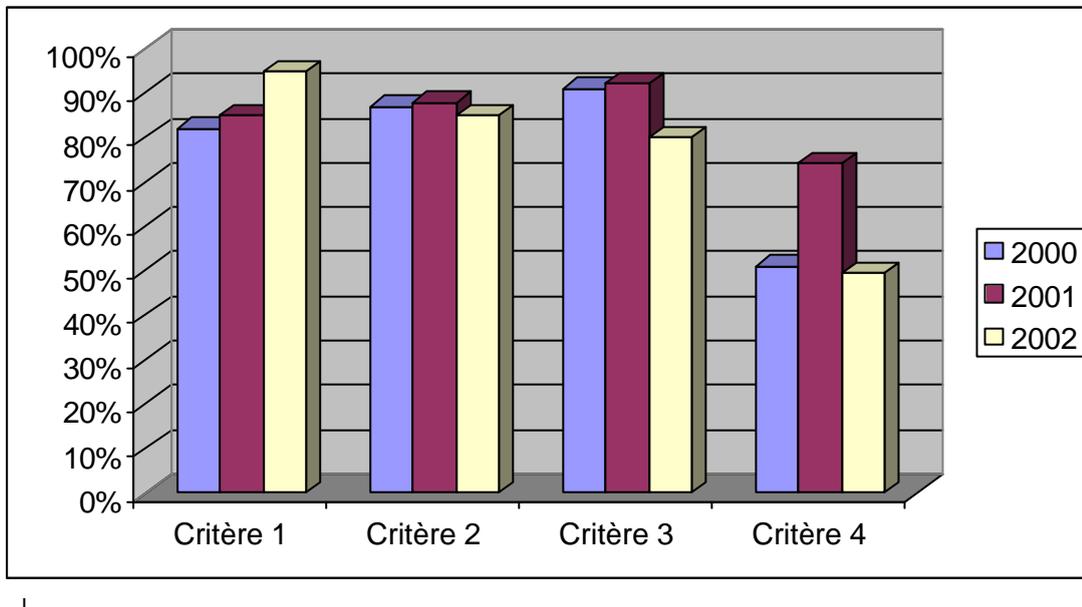


ANNEXE 12. EXEMPLE DE TABLEAU DE BORD EXPRIMANT LES RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION DE LA TENUE DU DOSSIER DE SOINS

Au Centre Hospitalier de M..., dans le cadre d'une évaluation annuelle

Critères

- identification du patient sur chaque feuille du dossier de soins : étiquette du patient ou nom, prénom, sexe, âge ;
- identification de l'auteur de chaque écrit : nom et fonction écrits lisiblement ;
- date de chaque écrit ;
- utilisation des transmissions ciblées : données, actions, résultat.



	Critère 1	Critère 2	Critère 3	Critère 4	Effectifs
2000	328	348	364	204	400
2001	323	334	250	282	380
2002	389	348	328	203	410

GLOSSAIRE

Accréditation :

Procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des professionnels, indépendante de l'établissement de santé et de ses organismes de tutelle, concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. L'accréditation vise à s'assurer que les conditions de sécurité et de qualité des soins et de prise en charge du patient sont prises en compte par l'établissement de santé » (22).

En dehors du champ de la santé, l'accréditation est aussi une procédure par laquelle un organisme faisant autorité reconnaît formellement qu'un organisme ou un individu est compétent pour effectuer des tâches spécifiques. En France, c'est le COFRAC (Comité Français d'Accréditation) qui a la responsabilité d'accréditer les laboratoires d'essais et d'étalonnage, les organismes d'inspection, les organismes certificateurs.

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.

Auditeur :

Cet anglicisme a été formé à partir du latin «auditor ». L'auditeur est d'abord celui qui écoute. Par extension, apparaît en 1950 le sens « personne qui réalise un audit ».

Critère :

Dans une démarche d'audit clinique, le critère est un élément observable, identifié comme un point critique. Il permet de porter un jugement valide sur la conformité de la pratique ou du thème étudié dans le cadre de son évaluation.

Décideur :

Dans le cadre de l'audit clinique, c'est la personne qui détient les moyens nécessaires à la réalisation de l'audit.

Demandeur :

Dans le cadre de l'audit clinique, c'est la personne qui passera la commande de l'audit (« le commanditaire »).

Implémentation :

Mot apparu dans le vocabulaire français en 1975, originaire de l'anglais « implementation » signifiant exécution, mise en œuvre.

Sa définition se rapporte à l'informatique où il s'agit d'installer un programme particulier sur un ordinateur. En dehors de ce sens, son usage est prohibé par l'Académie française. Il reste pourtant fréquent en santé où l'implémentation renvoie à la mise en œuvre d'une recommandation par un professionnel de santé. Les méthodes d'implémentation sont les techniques utilisées pour faciliter cette mise en œuvre. On peut citer par exemple la distribution de matériels imprimés ou audiovisuels, les publications, la visite d'éducation au cabinet du médecin, les *leaders* d'opinion, le rappel au moment de la décision (*reminders*), etc.

Indicateur :

Donnée objective décrivant une situation d'un point de vue quantitatif (21).

Exemples d'indicateurs :

Thème : programme de périnatalité

Indicateur : taux annuel de mortalité périnatale dans une région donnée pour une population donnée.

Thème : infections du site opératoire

Indicateur : % de patients ayant présenté une infection précoce (< 10 jours) du site opératoire/ nombre de patients ayant fait l'objet d'une intervention programmée.

Thème PMSI ⁽¹⁾/Qualité du codage

Indicateur : % de dossiers présentant un codage conforme/dossiers révisés.

Objectif :

Ce qui est recherché ou visé.

Un objectif doit être mesurable et comporter une date cible pour sa réalisation.

Dans une démarche qualité, on distingue en général :

- des objectifs principaux, stratégiques, à moyen terme ; ce sont ceux de la politique qualité ;
- des objectifs plus opérationnels à court terme, découlant d'un plan d'actions.

Recommandation professionnelle :

Les Recommandations Professionnelles, aussi appelées Recommandations pour la Pratique Clinique, sont des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données (23).

La Recommandation Professionnelle fait le point sur l'état des connaissances à un instant donné.

Référence :

Dans le cadre de l'audit clinique, la référence a le sens commun «renvoi à un texte, une autorité, un document (ouvrage de référence, bibliographie) ».

Dans le cadre de l'accréditation, la référence est l'énoncé d'une attente ou d'une exigence permettant de satisfaire la délivrance de soins ou de prestations de qualité (22).

Référentiel :

C'est un mot récent, datant seulement du 20^e siècle. Il s'agit d'un document ou ensemble de documents énonçant des exigences qualité relatives à une pratique professionnelle ou à un mode de fonctionnement.

En audit clinique, le référentiel est constitué de l'ensemble des critères.

¹ PMSI : Programme de Médicalisation du Système d'Information

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. L'audit clinique. Bases méthodologiques. Paris : Anaes 1999.
2. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé. Paris : Anaes ; 2000.
3. Royal College of Physicians. National clinical audits. An handbook for good practice. London : RCP 2000.
4. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé : principes méthodologiques. Paris : Anaes 1996.
5. Frame JD. Le nouveau management de projet. St-Denis : AFNOR 1995.
6. Marchat H. Chef de projet : votre kit tout terrain. Paris : Éditions d'Organisation 2002.
7. Maders HP. Comment manager un projet. Paris : Éditions d'Organisation 2002.
8. Buckingham M, Coffman K. Manager contre vents et marées. Développer les talents dans l'entreprise. Paris : Éditions Village Mondial 2003.
9. National Institute for Clinical Excellence. Principles for best practice in clinical audit. London : NICE 2002
10. Hearnshaw AH, Harker R, Cheater F, Baker R, Grimshaw G. A study for two methods used to select review criteria for clinical audit. Health Technol Assess 2002 ; 6(1).
11. de Chambine S, Huchet A, Lamy A. Comment élaborer un référentiel qualité ? Paris : AP-HP ; Éditions Lamarre 2002
12. Colin C, Perret du Cray MH, Maître MF. L'audit clinique dans la littérature médicale. Objectif soins 1996 ; 291-9.
13. Altman DG. Intervalles de confiance : indications du degré de certitude des résultats de recherches. EBM J (Ed. Fr) 1996 ; (4) : 5-6.
14. Bulpitt CJ. Confidence intervals. Lancet 1987 ; 1 : 494-7.
15. Bouyer J. Méthodes statistiques. Médecine biologie. Paris : ESTEM 1997.
16. Arkin CF, Wachtel MS. How many patients are necessary to assess test performance? JAMA 1990 ; 263 : 275-8.
17. Schwartz D. Méthodes statistiques à l'usage des médecins et des biologistes. Paris : Flammarion Médecine Sciences 3^e édition 1986.
18. Huguier M, Maisonneuve H. La rédaction médicale. De la thèse à la communication orale. Paris : Doin 1998.
19. Vilcot C, Lecllet H. Les indicateurs qualité en santé. Saint-Denis : AFNOR 2001.
20. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Comment conduire votre procédure d'accréditation. Paris : Anaes 1999.
21. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. La construction et l'utilisation d'indicateurs dans le domaine de la santé. Principes généraux. Paris : Anaes 2002.
22. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Manuel d'accréditation des établissements de santé. Paris : Anaes 2003.
23. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Les recommandations pour la pratique clinique. Guide méthodologique. Paris : Anaes 1999.

RÉFÉRENCES INTERNET

De nombreux sites Internet proposent des documents pouvant vous aider à réaliser votre audit clinique ou conduire votre projet.

Pour trouver ce qui vous intéresse, vous devez effectuer une recherche d'informations sur Internet (un modèle de recherche pas à pas sur le thème de l'hygiène hospitalière est disponible sur le site de l'université de Lyon à l'adresse http://nosobase.univ-lyon1.fr/liste/recherche_info.htm).

La liste ci-dessous vous présente quelques entrées sur internet. Visitez directement les rubriques « Publications », « Documents », « Dossiers », « Outils », etc., ainsi que le « Plan du site » s'il existe. Les « Liens » proposés permettent également de gagner du temps dans la sélection des sites à visiter.

Seuls les sites Internet « publics » ou à but non lucratif sont répertoriés.
Les sites commerciaux ont été exclus de la recherche.

I. LES SITES FRANÇAIS

I.1 Les sites gouvernementaux

- **Ministère de la santé**

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité et du Secrétariat d'État à la Santé

<http://www.sante.gouv.fr>

- **Portail de la santé**

Portail des agences sanitaires françaises

<http://www.sante.fr>

Portail d'accès aux différentes agences sanitaires françaises : AFSSA, AFSSAPS, AFSSE, ANAES, EFG, EFS, ENSP, INPES, INVS, IRSN.

- **Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie,**

Ministère Délégué à la Recherche et aux Nouvelles Technologies

AGENCE NATIONALE DE VALORISATION DE LA RECHERCHE (ANVAR)

<http://www.anvar.fr>

I.2 Les sites des établissements de santé

- **AP-HP**

Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

<http://www.ap-hp.fr>

Portail permettant d'accéder aux nombreux sites spécialisés de l'AP-HP.

- **Chu de Rouen**

Centre Hospitalier Universitaire de Rouen

<http://www.chu-rouen.fr>

Ce site propose un « Catalogue et Index des Sites Médicaux Francophones » (CISMEF).

I.3. Les sites associatifs

- **AFNOR**

Groupe AFNOR (Association française de normalisation)

<http://www.afnor.fr>

La rubrique « Santé » propose les normes existantes (possibilité de les commander en ligne) et celles en projet (téléchargeables gratuitement).

- **ANFH**

Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier

<http://www.anfh.asso.fr>

- **ARECLIN**

Association Régionale des Comités de Lutte contre les Infections Nosocomiales

<http://www.nordnet.fr/areclin>

Portail d'accès aux 4 sites C.CLIN régionaux (Paris-Nord, Ouest, Sud-Ouest et Sud-Est).

II. LES SITES ÉTRANGERS

II.1. Les sites francophones

- **ENHPA**

European Network of Health Promotion Agencies

<http://www.eurohealthnet.org/EuroHealthNet>

Portail européen des ministères de la Santé.

- **Site du ministère de la santé et des services sociaux du Québec**

<http://www.msss.gouv.qc.ca/f/index.htm>

II.2. Les sites anglophones

- **DOH**

Department Of Health

<http://www.doh.gov.uk/dhhome.htm>

Site du Ministère de la Santé britannique.

- **NHS**

National Institut for Health

<http://www.nhs.uk>

- **NICE**

National Institut for Clinical Excellence

<http://www.nice.org.uk>