



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

RAPPORT DE L'EXPÉRIMENTATION NATIONALE

**AUDIT CLINIQUE CIBLÉ APPLIQUÉ À LA
PRÉPARATION DE LA SORTIE DU PATIENT
HOSPITALISÉ**

JUIN 2006

Service évaluation des pratiques professionnelles

Sommaire

1. Avant-propos	3
2. Présentation du thème dans le contexte de l’audit clinique ciblé et l’évaluation des pratiques professionnelles	4
3. Déroulement de l’expérimentation	6
3.1 Les ACC réalisés par région, par type d’ES et par catégorie de professionnels.....	6
3.1.1 Engagement dans la démarche décembre 2004	6
3.1.2 Participation à TOUR 1	8
3.1.3 Participation à TOUR 2.....	8
3.2 La formation organisée par la HAS.....	9
3.3 La planification du projet.....	10
4. Les résultats et leur analyse par ACC	11
5. Les actions d’amélioration mises en place par ACC.....	20
5.1 Les plans d’actions à l’initiative des coordonnateurs des établissements	20
5.2 Commentaires sur les actions d’amélioration	23
6. Conclusion.....	24
6.1 Évolution de l’outil.....	24
6.2 Validation de la méthode pour le thème de la PSP	25
Annexes.....	26
Annexe 1 – Fiche Méthode.....	26
Annexe 2 – Documents (Source cédérom 2005).....	28
Références	38
Participants.....	39

1. Avant-propos

La méthode de l'audit clinique a été diffusée en France à partir de 1993 et appliquée à de nombreux thèmes médicaux et paramédicaux, avec le concours de professionnels de divers établissements de santé (1).

En 2001 le service d'évaluation des pratiques de l'Anaes a édité un référentiel des pratiques sur la « Préparation de la sortie du patient hospitalisé ». Ce travail a été élaboré par un groupe de travail pluriprofessionnel et multidisciplinaire dont les membres étaient issus des secteurs intra- et extrahospitalier. Toutefois les méthodes et les critères d'évaluation proposés n'ont pas fait l'objet d'un programme d'expérimentation national dans les établissements de santé (2).

Malgré tout, compte tenu du caractère commun et transversal de cette thématique au niveau de tous les établissements de santé (ES), il nous a paru indispensable de reprendre ce thème pour le décliner avec la méthode d'audit clinique ciblé.

En septembre 2004, un programme d'audits cliniques ciblés (ACC) a été proposé aux établissements de santé déjà impliqués dans une démarche d'amélioration de la qualité, répondant ainsi à un objectif majeur de la deuxième procédure d'accréditation-certification des établissements de santé (ES) (3-6).

La participation volontaire de tous les professionnels qui ont mené cet audit dans l'établissement de santé où ils exercent leur activité a permis d'expérimenter la méthode de l'audit clinique ciblé appliqué à cette pratique. Leur expérience est une aide précieuse pour tous ceux qui voudront initier un projet d'amélioration de leur pratique dans ce domaine. Les résultats de ce premier tour d'audit ont fait l'objet d'une publication (7).

Ce document présente les résultats des ACC sur la préparation à la sortie : organisation de la sortie, information et continuité des soins, et l'analyse des principaux résultats. Onze documents (rapports, articles) ont été analysés et confortent l'orientation posée lors de l'élaboration de ce référentiel (8-18).

2. Présentation du thème dans le contexte de l'audit clinique ciblé et l'évaluation des pratiques professionnelles

La préparation de la sortie du patient hospitalisé est une étape essentielle du processus de prise en charge que cette sortie s'effectue vers le domicile du patient, un autre établissement de santé ou une autre structure de soins.

Nous avons retenu comme définition de la sortie du patient : « la sortie du patient d'un établissement de santé avec ou contre avis médical, en vue d'un retour à domicile, d'une mutation ou d'un transfert à l'issue d'une hospitalisation. Ont été exclues les sorties à l'issue d'une hospitalisation de jour ou de soins en ambulatoire, ainsi que les activités d'accueil en urgence et les consultations. Les sorties par décès ne sont pas prises en compte » (2).

En 1998, les données de la base PMSI permettaient de chiffrer le nombre global de sorties à l'issue d'un séjour en soins de courte durée à 14 413 300, tous établissements publics et privés confondus (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité) (2).

Les modes de sortie se répartissent comme suit :

- 91 % retours à domicile ;
- 1,7 % décès ;
- 3,1 % transferts ou mutations en soins de suite ou de réadaptation ;
- 0,5 % transferts ou mutations en soins de longue durée ou hébergement médicosocial ;
- 3,3 % transferts en unités de soins de courte durée ;
- 0,4 % transferts ou mutations en unités de psychiatrie.

Le nombre de sorties par classe d'âge se répartit de la façon suivante :

- 14 % patients âgés de moins de 18 ans ;
- 55 % patients âgés de 18 à 64 ans ;
- 31 % patients âgés de plus de 65 ans.

La sortie du patient est un événement fréquent et une période critique pour le patient qui doit être préparée dès l'admission, en fonction du projet de soins afin de garantir la continuité de la prise en charge quel que soit le mode de sortie.

C'est pourquoi, dans chaque établissement, une évaluation de ce processus doit permettre aux équipes médico-soignantes d'analyser leur organisation, les coordinations, l'accès à l'information des différents partenaires et d'apprécier pour le patient et son entourage la mise à disposition des éléments nécessaires pour le suivi du traitement et la prévention des risques qui lui sont liés.

Une insuffisance de préparation de la sortie expose, d'une part, le patient à des difficultés lors de son retour à domicile, voire à une réhospitalisation, et, d'autre part, les professionnels prenant en charge le patient à des difficultés pour assurer la continuité du traitement et l'établissement de santé à des surcoûts.

La préparation de la sortie d'un patient nécessite la participation et un engagement multiprofessionnel. Ce thème transversal a été découpé lors de l'élaboration de la méthode ACC en trois parties :

- la préparation à la sortie (aspects organisationnels) ;
- l'information au patient ;
- la continuité des soins.

116 d'établissements de santé publics et privés se sont portés volontaires pour travailler sur ce thème ce qui démontre qu'il répond à une préoccupation des professionnels.

Selon la méthodologie de l'ACC (cf. Fiche méthode Annexe), seuls les critères spécifiques au thème ont été retenus pour élaborer les grilles. Le choix de structuration du guide 2001 a été conservé autour des trois axes majeurs définis : organisation, information patient et professionnels, continuité des soins. Compte tenu de l'absence de test de l'ensemble des critères, un travail de sélection et de reformulation de certains critères a été réalisé, afin de proposer des critères répondant aux obligations réglementaires et à la prévention du risque patient.

L'expérimentation menée en 2005 a permis de montrer l'intérêt des professionnels pour ce thème et la méthodologie proposée, la faisabilité et l'acceptabilité par les équipes. Les améliorations rapides et importantes obtenues par les équipes en font une méthode de choix pour l'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé.

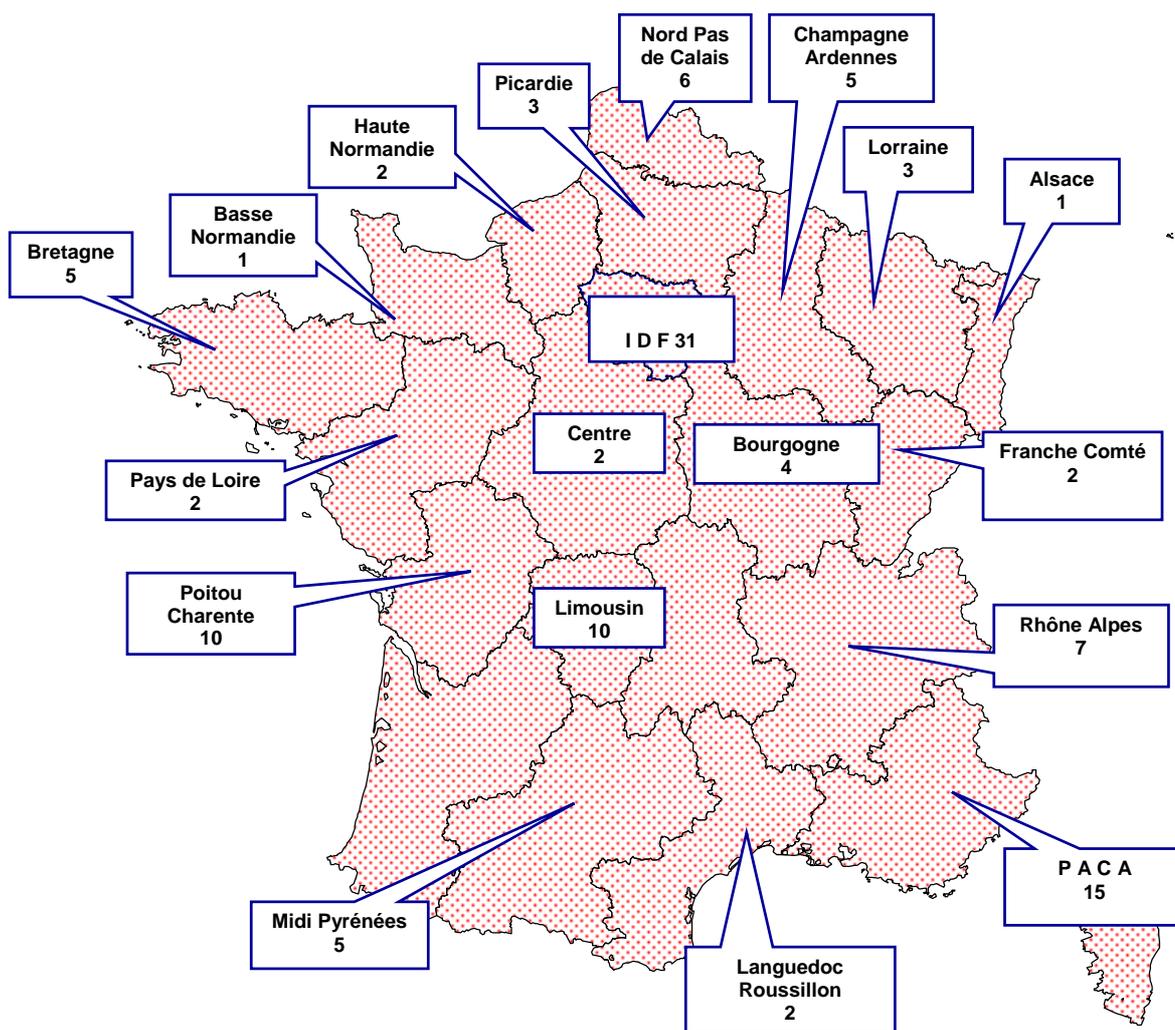
Dans le cadre des nouvelles procédures de certification-accréditation, les audits cliniques ciblés sur le thème de la préparation de la sortie du patient hospitalisé permettent de répondre à l'obligation d'EPP du manuel.

3. Déroulement de l'expérimentation

3.1 Les ACC réalisés par région, par type d'ES et par catégorie de professionnels

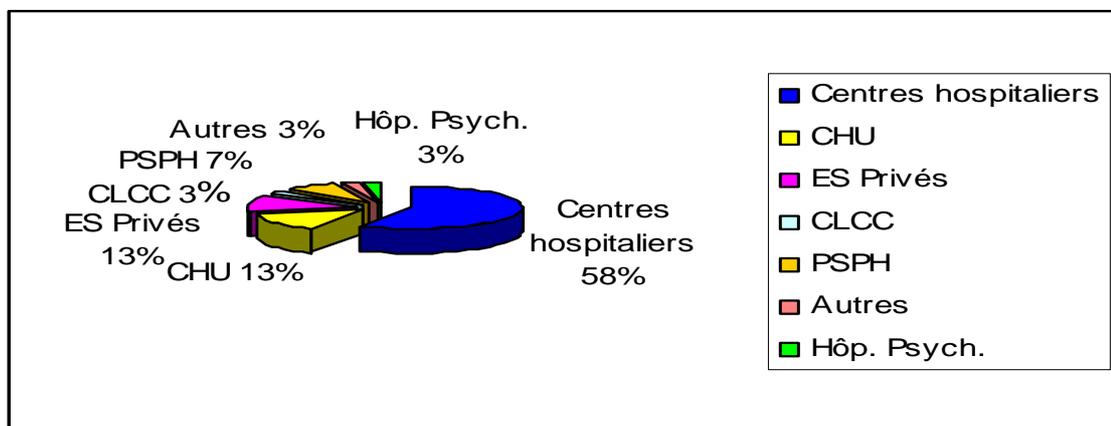
3.1.1 Engagement dans la démarche décembre 2004

Répartition par région des établissements engagés sur le thème PSP en décembre 2004



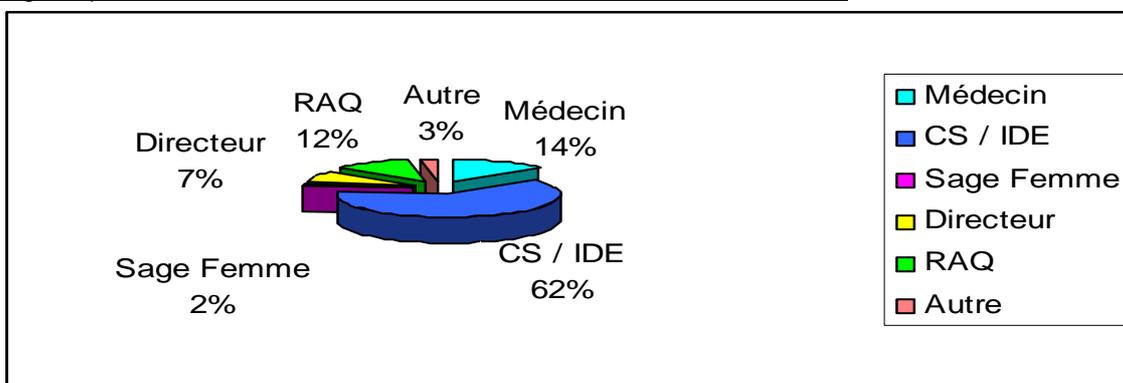
Hormis l'Auvergne et l'Aquitaine, toutes les régions sont représentées avec un maximum de participation en Île-de-France, PACA et Poitou-Charentes.

Répartition des établissements ayant réalisé le 1^{er} tour d'évaluation de PSP selon leur type (n = 113)



Les centres hospitaliers représentent un peu plus de la moitié des établissements participants. Pour l'ensemble des établissements de santé, parmi les secteurs d'activité de court séjour, les services de médecine sont majoritairement représentés par rapport aux services de chirurgie. On relève aussi la participation de services d'obstétrique. Des secteurs de soins de suite et de réadaptation (SSR) et de psychiatrie se sont également engagés dans ces démarches d'évaluation de la préparation de la sortie du patient hospitalisé de même qu'un service d'hospitalisation à domicile.

Catégorie professionnelle des coordonnateurs en établissements de santé



Parmi les coordonnateurs d'ACC en établissement de santé, on observe une majorité de professionnels infirmiers, des médecins notamment dans les établissements de santé privés. Compte tenu de la transversalité du thème, des responsables qualité et des directeurs se sont également positionnés comme coordonnateur de ces démarches d'évaluation de pratiques professionnelles.

3.1.2 Participation à TOUR 1

- PSPorg : 83 services dans 69 établissements soit 2 331 observations.
- PSPinf : 62 services dans 44 établissements soit 1 511 observations.
- PSPcnt : 69 services dans 56 établissements soit 1 849 observations.

Certains établissements n'ont pas réalisé la seconde évaluation pour des raisons diverses :

- des actions d'amélioration mises en place trop récemment pour permettre des progrès significatifs, notamment en raison de la transversalité du thème et de la dimension culturelle des changements à réaliser ;
- des contraintes contextuelles ne permettant pas de poursuivre le projet.

3.1.3 Participation à TOUR 2

Quatre-vingt-un services dans 62 établissements de santé ont mené leurs ACC jusqu'à la seconde évaluation.

Nombre d'ACC réalisés par les établissements

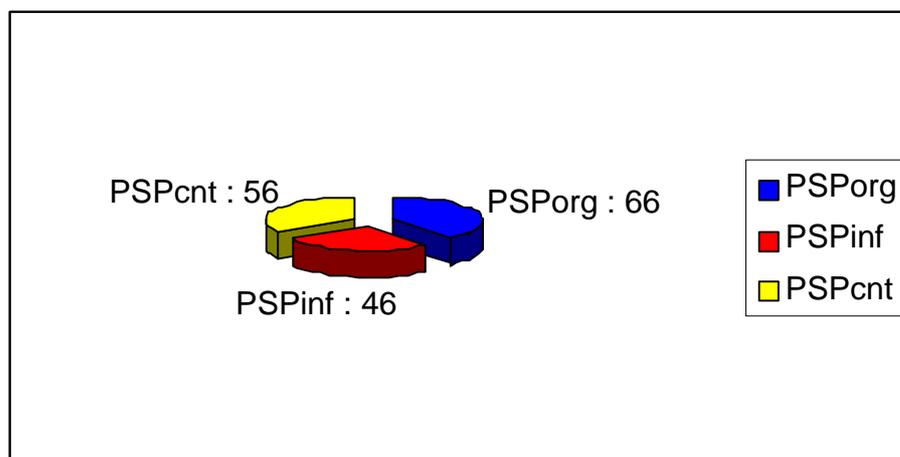
Nombre ACC	1	2	3
Nombre EDS	28	9	25

En fonction de leur contexte, les établissements choisissaient le(s) ACC qu'ils souhaitaient réaliser.

- 25 d'entre eux ont réalisé les 3 ACC proposés sur le thème pour évaluer l'ensemble du processus de préparation de la sortie du patient hospitalisé mis en œuvre dans le(s) service(s) ;
- 9 établissements ont choisi de réaliser 2 ACC ;
- 28 établissements ont réalisé un seul ACC :
 - 22 ont choisi l'ACC centré sur l'organisation de la sortie (PSPorg),
 - 1 a choisi celui ciblé sur la communication et la transmission des informations (PSPinf),
 - 5 ont choisi PSPcnt qui était axé sur la continuité de la prise en charge du patient.

Il est à noter que l'ACC PSPorg, en raison de l'abréviation org, pouvait prêter à confusion avec un véritable audit organisationnel comme cela était le cas dans les thèmes relatifs aux chambres à cathéter implantables et à l'antibioprophylaxie.

Thèmes des ACC choisis par les ES



Les résultats présentés et analysés ci-après sont ceux des 62 établissements qui ont réalisé les deux tours d'évaluation.

3.2 La formation organisée par la HAS

Une formation a été réalisée le 2 décembre 2004 par la HAS pour tous les coordonnateurs d'ACC des établissements volontaires.

Un seul représentant par thème et par établissement a été formé pour devenir le coordonnateur de l'expérimentation. Il avait pour mission de mener l'audit ou les audits cliniques ciblés sur le thème choisi au sein de son établissement.

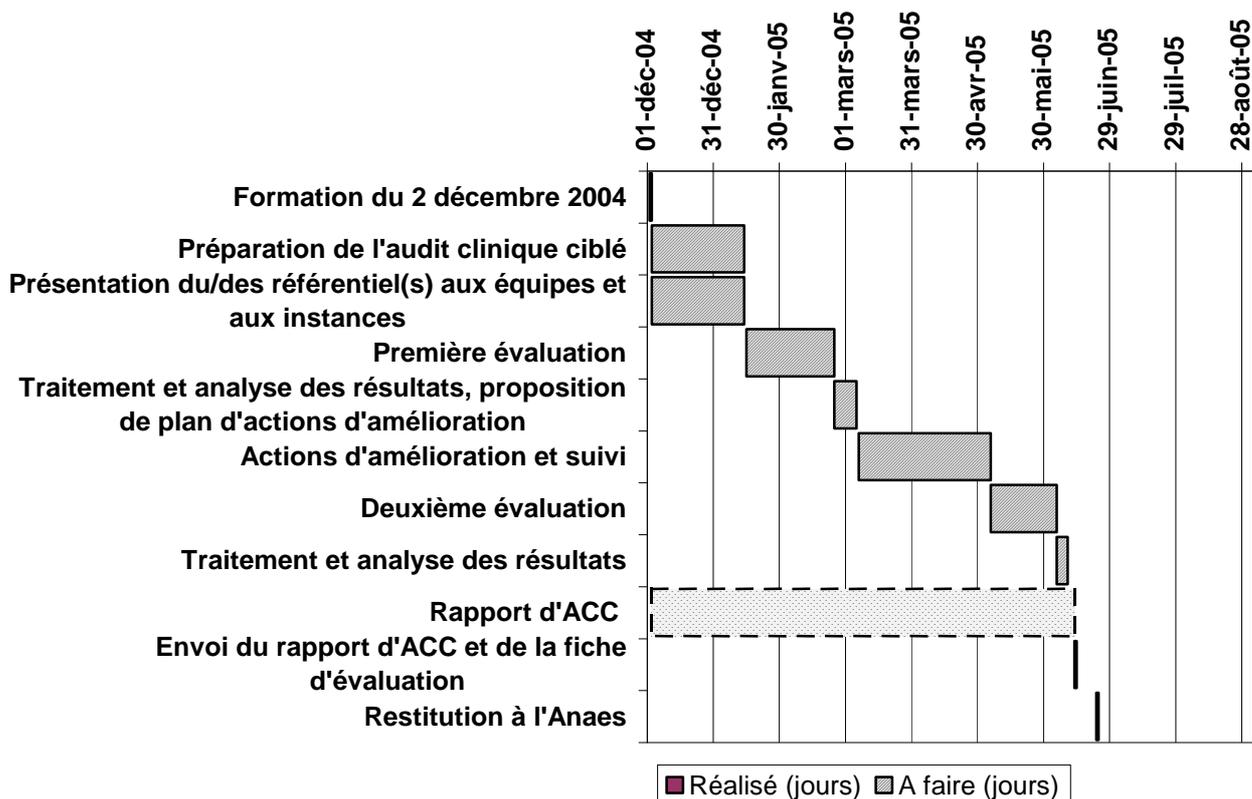
Dans la première partie de cette formation, le comité de pilotage a présenté la méthode et le déroulement du programme expérimental à l'ensemble des établissements.

Les référents ACC, thème et méthode, ont assuré en ateliers la seconde partie spécifique des 8 thèmes proposés. 104 coordonnateurs ont participé à l'atelier du thème PSP choisi par leur établissement.

Ces ateliers avaient pour objectif de présenter dans chaque thème, les référentiels et la partie spécifique du cédérom. La discussion entre formateurs et formés a permis aux coordonnateurs de s'approprier l'outil d'évaluation proposé (référentiel : protocole, guide, grille) et la manipulation du cédérom : diaporama et grille qui devait leur servir pour la formation du groupe du projet au sein de leur ES.

3.3 La planification du projet

Calendrier de l'expérimentation de l'Audit Clinique Ciblé



Document issu du cédérom expérimental, élaboré par l'Anaes en 2004.

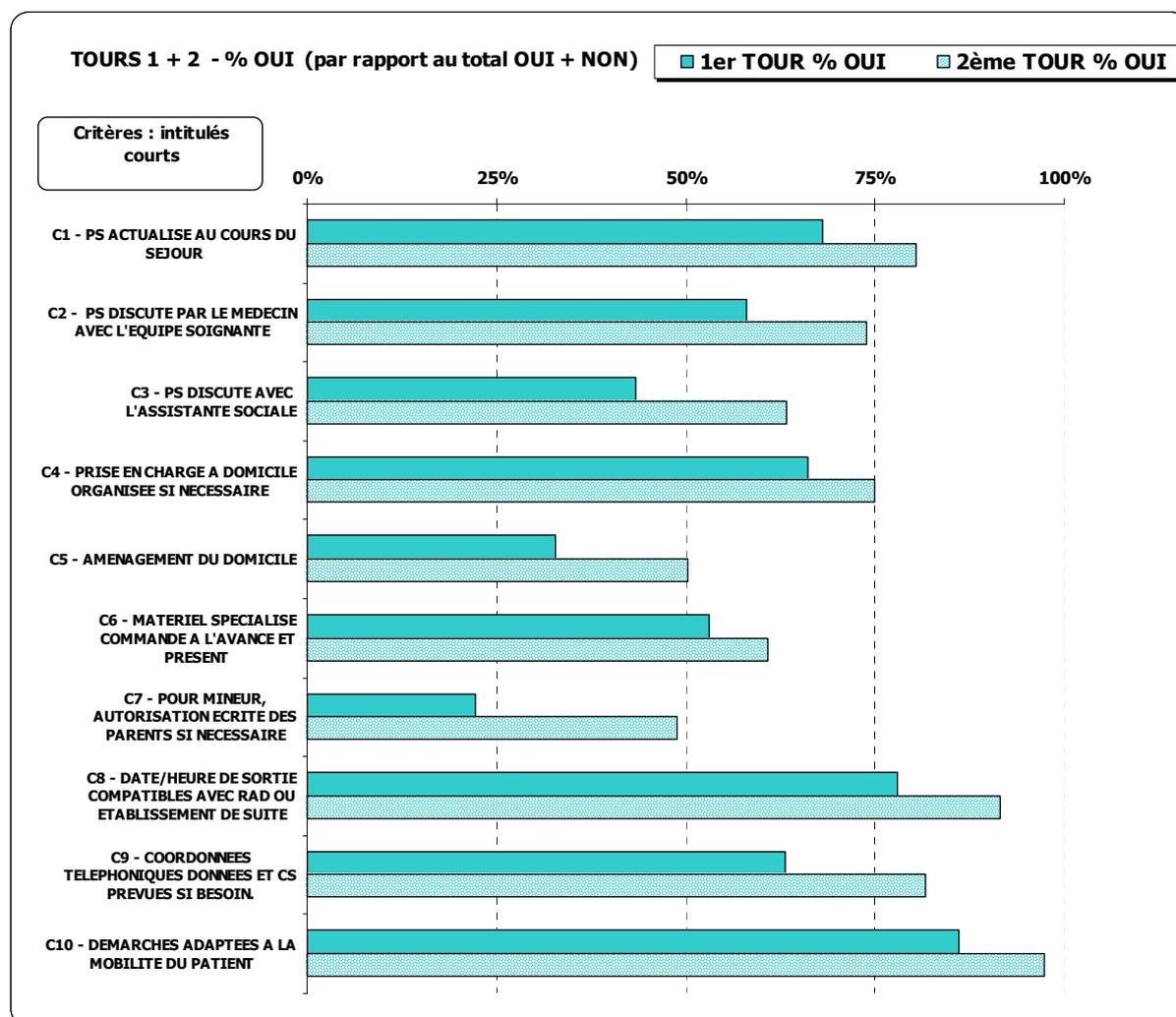
La planification du projet a été un élément important de sa réussite. Elle a permis aux coordonnateurs de réaliser la démarche dans le temps imparti, ce qui a permis l'aboutissement du projet.

Elle constitue un élément important de la gestion du projet qui fait partie intégrante de la méthode.

4. Les résultats et leur analyse par ACC

► PSPorg

Cet audit avait pour objectif de permettre aux professionnels d'évaluer la mise en œuvre d'une organisation adaptée soit pour le retour au domicile du patient soit pour le transfert de celui-ci vers un autre établissement de santé ou une autre structure.



Document généré à partir d'un outil issu du cédérom expérimental, élaboré par l'Anaes en 2004.

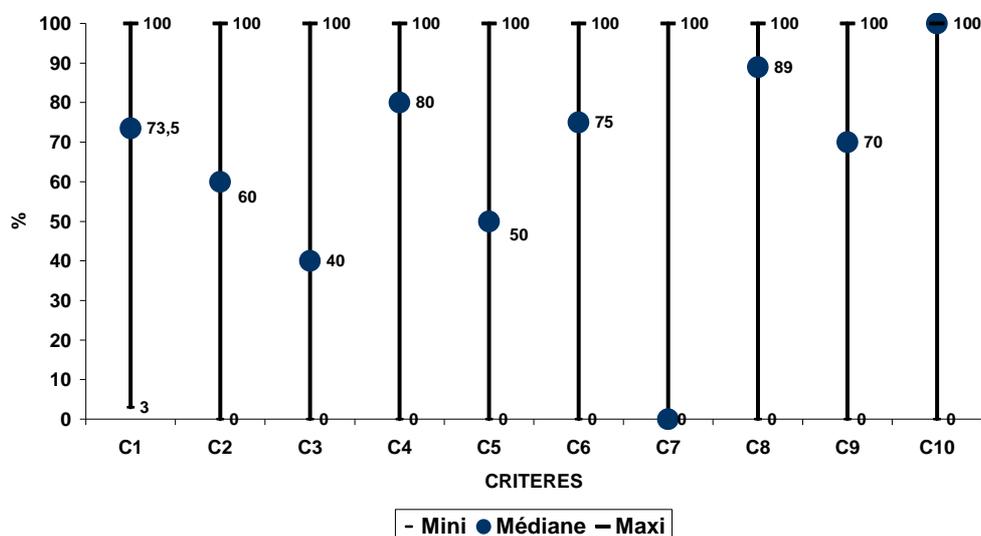
Pourcentage de conformité selon les critères sur l'ensemble des services.

66 services dans 53 établissements ont réalisé les deux évaluations, soit 1761 sorties au premier tour et 1661 sorties au second tour.

Aucun service n'avait une conformité à 100 % à tous les critères à la première évaluation.

TOUR 1 (66 services)

CONFORMITE SELON LES CRITERES



La conformité médiane, minimale et maximale pour chacun des critères est calculée pour les services qui ont réalisé les deux tours d'audit.

(Rappel : la médiane est la valeur de l'observation qui sépare une série ordonnée en 2 parties égales).

Positionnement des services selon les 10 critères de PSPorg.

Les critères les plus déficitaires (oui < 50 %) sont les 3, 5 et 7

Critère 7 (23 %) : l'autorisation de sortie pour les mineurs n'est pas retrouvée dans les dossiers concernés alors qu'il s'agit d'une exigence réglementaire et que le non-respect de celle-ci engage la responsabilité des professionnels et de l'établissement.

Critère 5 : l'aménagement du domicile du patient selon son niveau de dépendance n'est pas toujours proposé et organisé. Cependant même si les professionnels proposent des aménagements, ils n'en maîtrisent pas l'organisation qui est souvent laissée à l'initiative de la famille ou des partenaires extérieurs avec lesquels ils n'ont pas de lien établi.

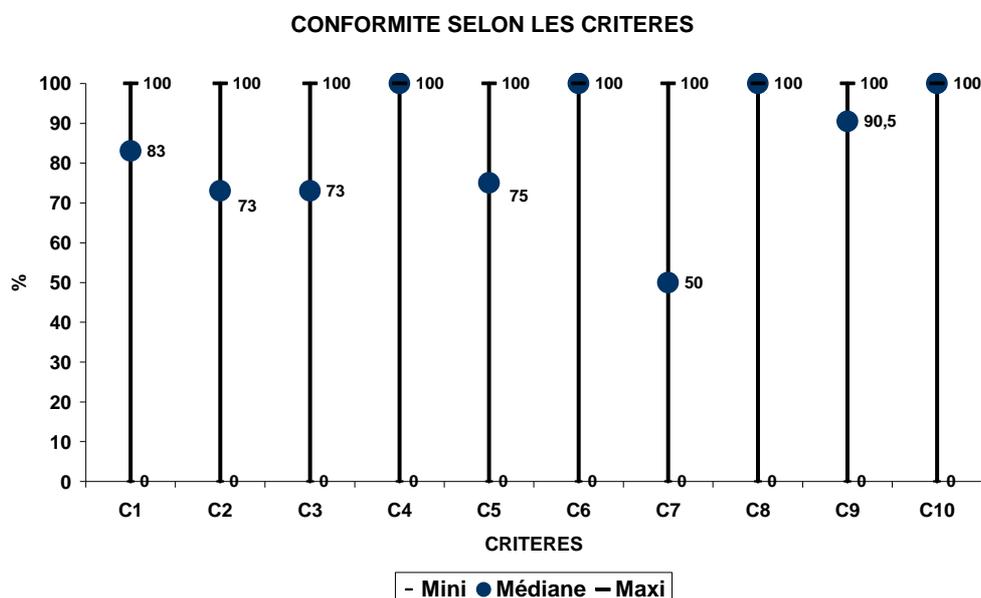
Critère 3 : les échanges avec l'assistante sociale concernant le projet de sortie du patient ne sont pas toujours effectifs. Il est à noter que certains établissements ne disposent pas d'assistante sociale et que les démarches sociales sont réalisées par les cadres de santé de ces secteurs d'activité.

Les points forts sont les critères 8 et 10 (oui > 75 %).

Critère 8 : les horaires de sortie du patient hospitalisé sont déterminés en lien avec les autres partenaires (établissement de santé, famille...).

Critère 10 : la réalisation des démarches relatives à la sortie du patient prend en compte les capacités de déplacement du patient.

TOUR 2 (66 services)



La conformité médiane, minimale et maximale pour chacun des critères est calculée pour les services qui ont réalisé les deux tours d'audit.

Positionnement des services selon les 10 critères de PSPorg.

Au second tour, on constate une amélioration du niveau de satisfaction à tous les critères. Les critères 4, 6 et 8 ont pu être satisfaits à 100 % dans de très nombreux services, cependant le critère 7 reste à un niveau < 50 %.

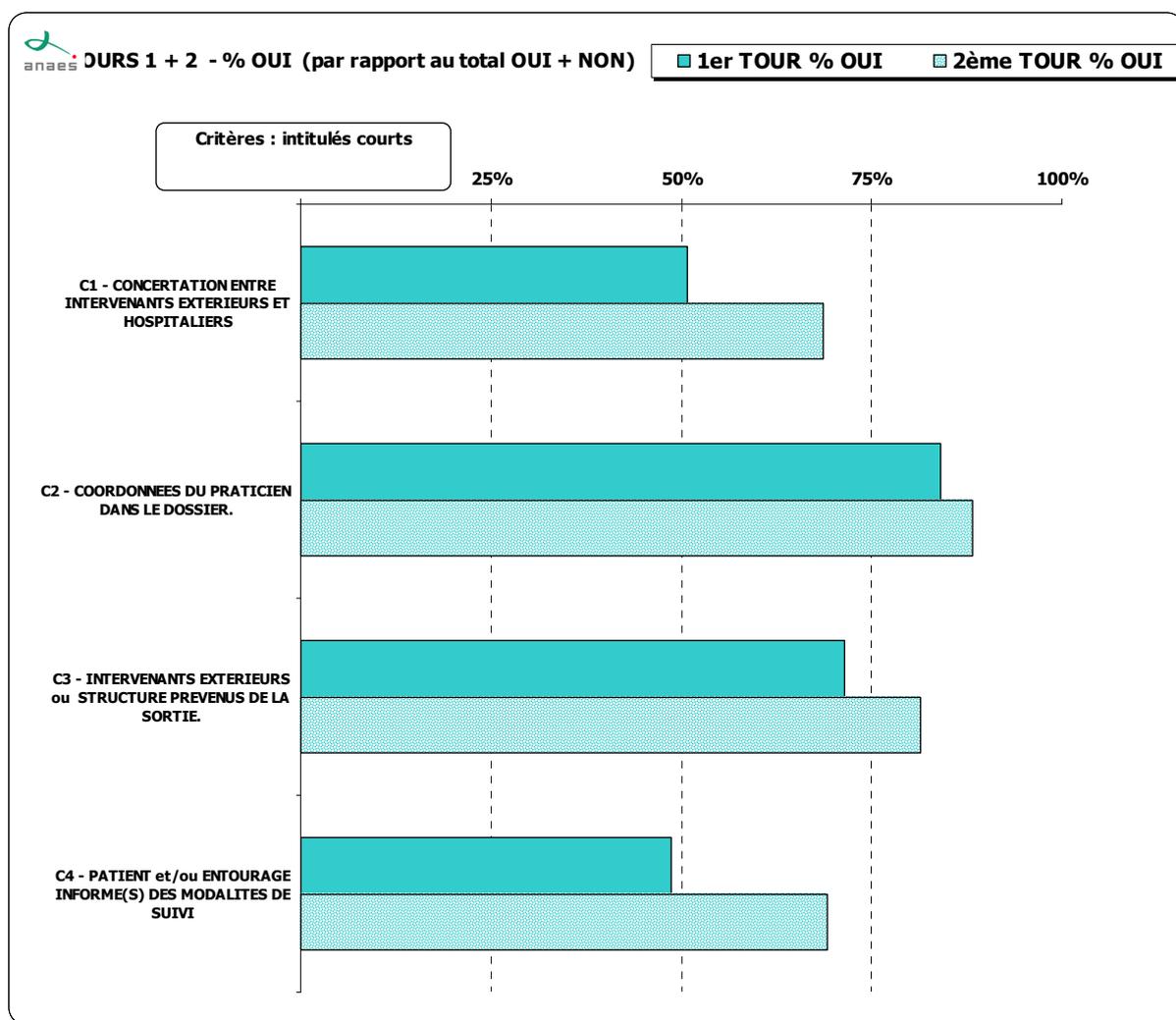
La satisfaction à la majorité des critères nécessitait l'existence ou la mise en œuvre de coordinations ou de concertations multidisciplinaires au sein des équipes ou des établissements. L'évolution entre les deux tours n'a pas permis dans la majorité des établissements d'atteindre des taux de satisfaction aux critères supérieurs à 90 %.

D'autre part, il est à noter que les critères 4 à 6 étaient systématiquement NA pour les retours à domicile des patients autonomes.

Bien qu'étant bien satisfait aux deux tours (86 % ; 97 %) le critère 10 n'est pas représentatif d'une préparation adaptée de la sortie d'un patient.

► PSPinf

Cet audit clinique ciblé est axé sur l'information du patient et la communication vers les professionnels extérieurs à l'établissement de santé. L'objectif recherché est d'assurer la transmission des informations nécessaires à la sortie du patient.



Document généré à partir d'un outil issu du cédérom expérimental, élaboré par l'Anaes en 2004.

Pourcentage de conformité selon les critères sur l'ensemble des dossiers

Quarante-six services de 32 établissements ont analysé 1060 sorties au premier tour et 1056 au second tour.

Au premier tour le critère 4 est le plus déficitaire (Oui < 50 %).

Critère 4 (49 %) : l'information du patient relative à la surveillance et aux modalités de suivi après sa sortie est réalisée de manière orale et sa traçabilité au niveau du dossier du patient est inconstante. L'utilisation de support d'information ou d'éducation est peu fréquente.

Résultats intermédiaires (entre 50 % et 75 %) pour les critères 1 et 3

Critère 1 (51 %) : la concertation entre les différents partenaires n'est pas toujours réalisée de manière formalisée, cependant en regard des objectifs d'hospitalisation on retrouve essentiellement une lettre du médecin traitant. Compte tenu de la formulation du critère et l'exigence de réponse aux 3

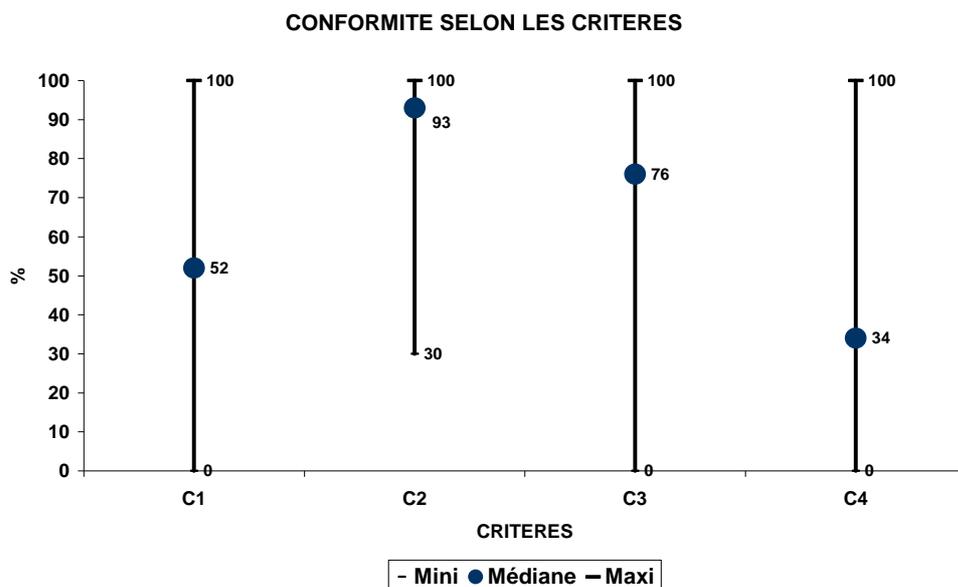
items, il a été assez difficile à satisfaire.

Critère 3 (71 %) : la traçabilité des contacts établis avec les intervenants extérieurs ou les structures d'accueil n'est pas toujours réalisée. Lorsqu'il s'agit de contacts relativement fréquents avec des structures de soins, ils sont de fait essentiellement téléphoniques et non tracés.

Le point fort est le critère 2 (oui > 75 %).

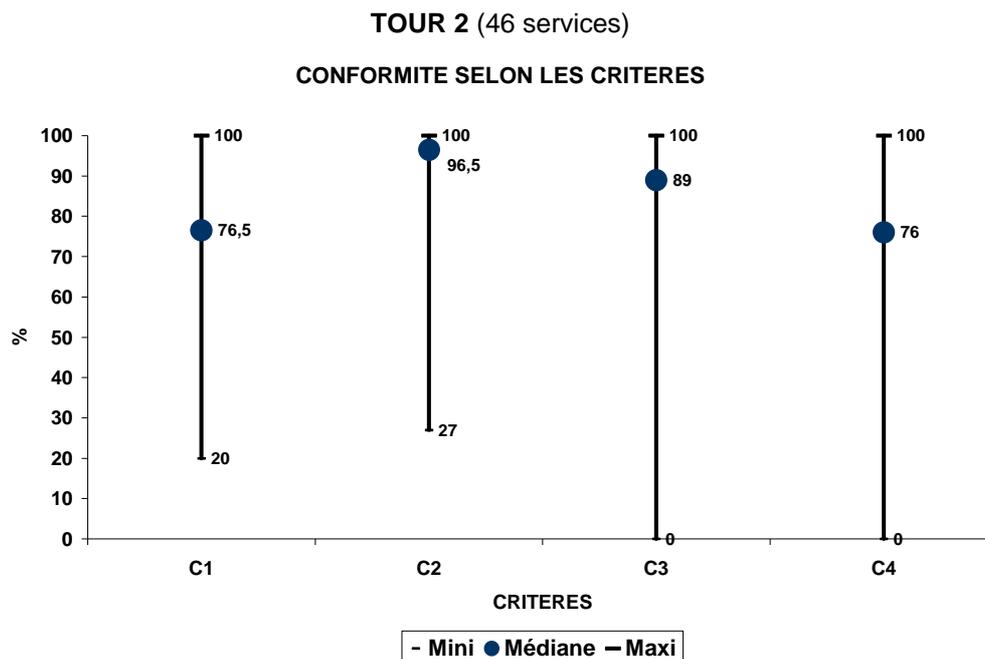
Critère 2 (84 %) : les coordonnées du médecin désigné par le patient sont notées de manière quasi systématique dans le dossier du patient.

TOUR 1 (46 services)



Positionnement des services selon les 4 critères de PSPinf.

La conformité médiane, minimale et maximale pour chacun des critères est calculée pour les services qui ont réalisé les deux tours d'audit.



Positionnement des services selon les 4 critères de PSPinf.

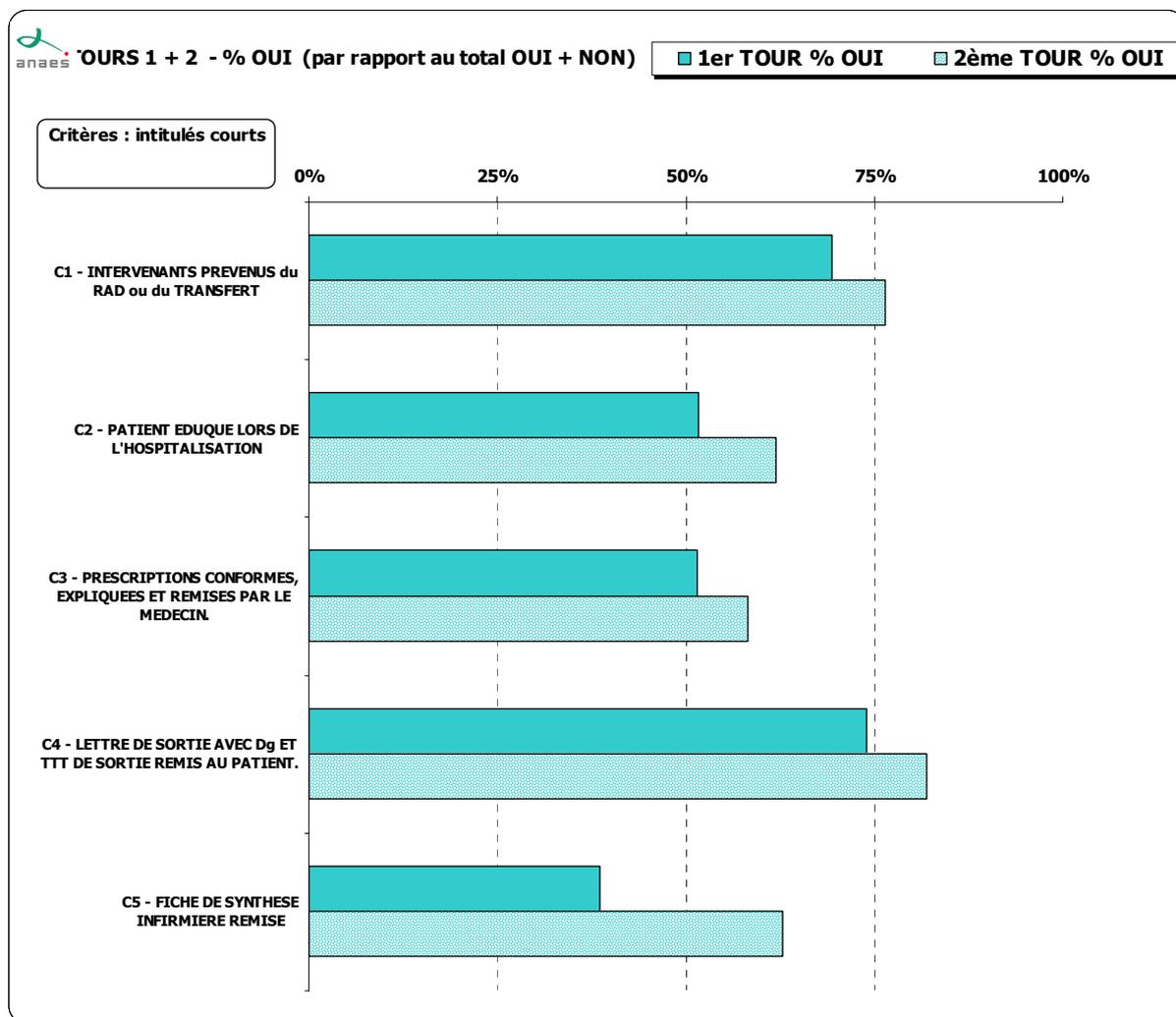
La conformité médiane, minimale et maximale pour chacun des critères est calculée pour les services qui ont réalisé les deux tours d'audit.

La satisfaction à la majorité des critères nécessite la mise en œuvre d'une traçabilité systématique et/ou l'utilisation de support d'information adapté. L'évolution entre les deux tours n'a pas permis dans la majorité des établissements d'atteindre des taux de satisfaction aux critères supérieurs à 90 %. Seuls 2 critères (2 et 3) obtiennent un taux de satisfaction > à 75 % au second tour.

La progression des critères 1 et 4 est significative en termes de variation de conformité, et a une contribution certaine en termes d'amélioration des pratiques relatives à la préparation de la sortie du patient hospitalisé.

► PSPcnt

Cet audit clinique ciblé est orienté sur la continuité des soins au patient. L'objectif recherché est d'assurer la continuité de la prise en charge après la sortie du patient.



Document généré à partir d'un outil issu du cédérom expérimental, élaboré par l'Anaes en 2004.

Pourcentage de conformité selon les critères sur l'ensemble des dossiers

Cinquante-six services répartis dans 40 établissements ont étudié 1 326 sorties au premier tour et 1 313 sorties au second tour.

Le critère le plus déficitaire (Oui < 50 %) est au premier tour le critère 5.

Critère 5 (39 %) : la transmission d'un document de synthèse infirmier est réalisée dans seulement un peu plus d'un tiers des situations le nécessitant. Ceci indique que la formalisation des informations transmises ou à transmettre aux partenaires extérieurs n'est pas encore effective dans de nombreux secteurs d'activité.

Résultats intermédiaires (entre 50 % et 75 %) pour les critères 1, 2, 3 et 4.

Critère 2 (52 %) : des actions d'éducation sont souvent réalisées tout au long de l'hospitalisation, mais les professionnels ne tracent pas de manière systématique ces actes, ni les résultats obtenus dans ce domaine, sauf si ces actions utilisent des supports spécifiques.

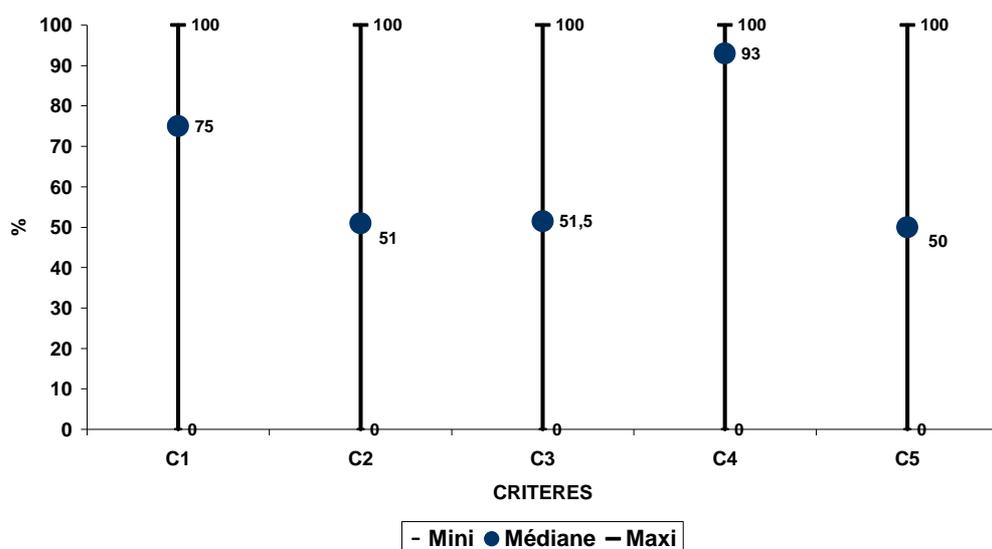
Critère 3 (52 %) : les ordonnances sont remises au patient par différents professionnels. L'analyse des commentaires indique que les praticiens informent les patients sur leur contenu lors de la dernière visite médicale. D'autre part la présence de 4 items dans ce critère l'a rendu plus difficile à satisfaire.

Critère 1 (69 %) : la transmission des informations nécessaires pour les intervenants extérieurs à la continuité de la prise en charge n'est pas réalisée de manière optimale. On ne retrouve pas dans le dossier du patient la trace des contacts avec les intervenants extérieurs pour l'organisation des soins.

Critère 4 (74 %) : les patients quittent l'établissement de santé avec une lettre de sortie dans deux tiers des cas. Il est à noter que ce critère ne peut pas toujours être satisfait notamment pour une partie de la population des secteurs d'activité psychiatrique.

TOUR 1 (56 services)

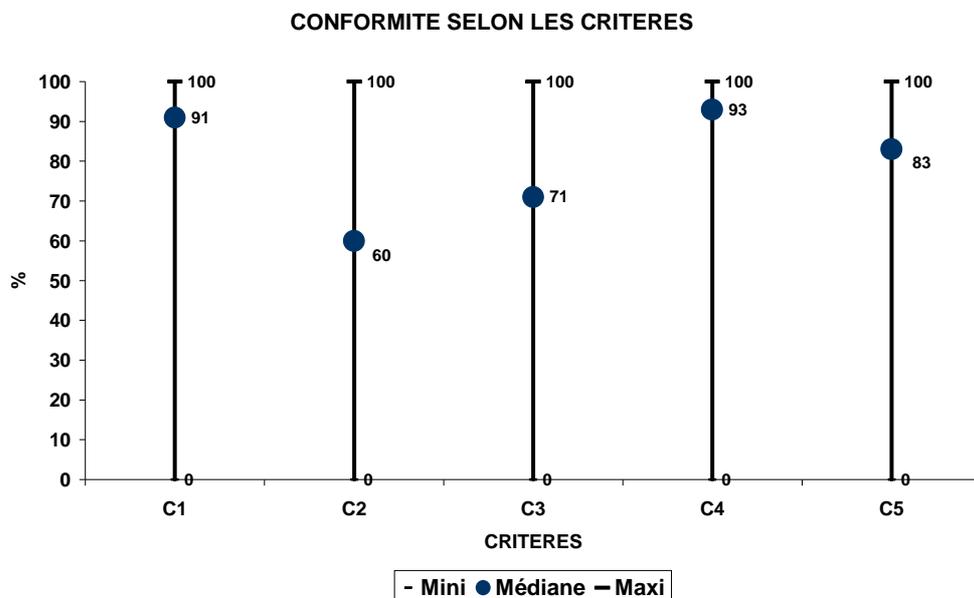
CONFORMITE SELON LES CRITERES



Positionnement des services selon les 5 critères de PSPcnt.

La conformité médiane, minimale et maximale pour chacun des critères est calculée pour les services qui ont réalisé les deux tours d'audit.

TOUR 2 (56 services)



Positionnement des services selon les 5 critères de PSPcnt.

La conformité médiane, minimale et maximale pour chacun des critères est calculée pour les services qui ont réalisé les deux tours d'audit.

Au second tour, la mise en œuvre de documents de transmissions infirmières a permis d'améliorer de manière très significative la satisfaction au critère 5 (69 %). Il en est de même pour la traçabilité des actions d'éducation auprès du patient (critère 2 : 62 %) et l'information des partenaires extérieurs (critère 1 : 82 %).

5. Les actions d'amélioration mises en place par ACC

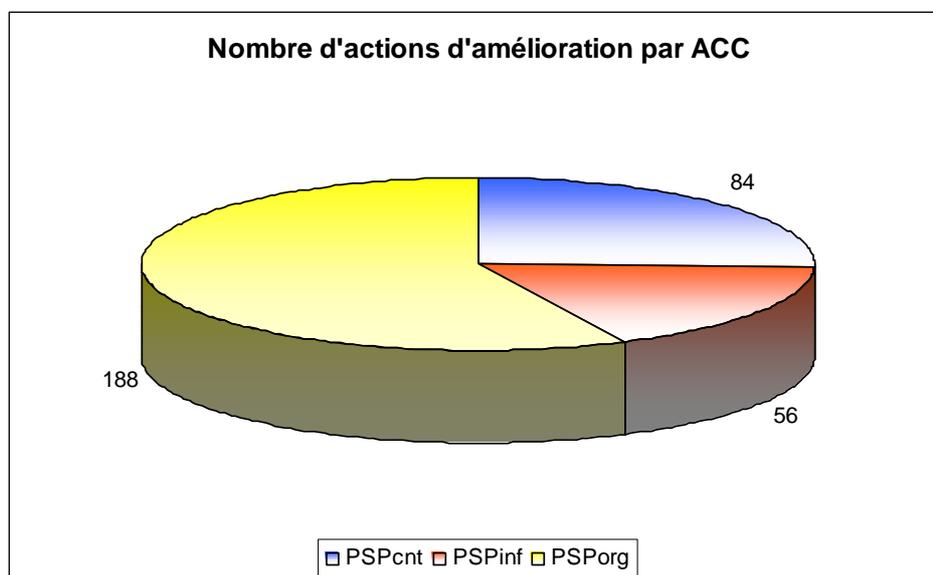
5.1 Les plans d'actions à l'initiative des coordonnateurs des établissements

La réactivité des équipes s'est manifestée sous différentes formes :

- Des objectifs d'amélioration ont été définis :

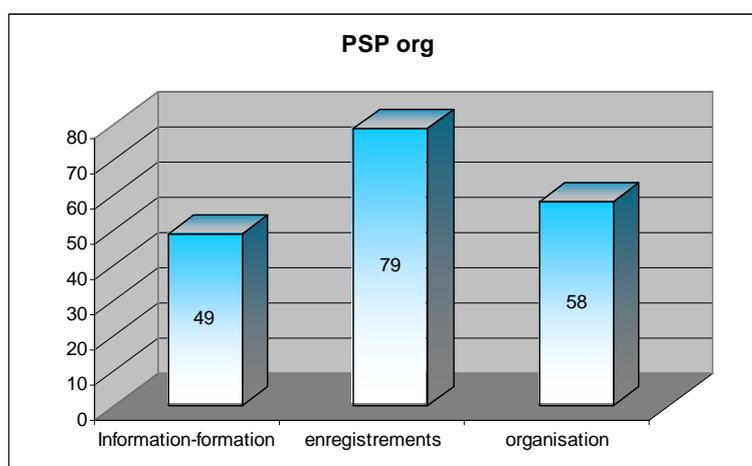
Améliorer la traçabilité des actions réalisées en adaptant ou en créant des outils, modifier les organisations en redéfinissant les missions des professionnels intervenant dans la préparation de la sortie et sensibiliser les acteurs par des informations ou des formations.

Le thème de la préparation de la sortie du patient a mobilisé le plus grand nombre d'établissements et de services dans le programme d'expérimentation de la méthode de l'ACC, ce qui indique clairement leur intérêt pour le thème. D'autre part ces projets d'amélioration ont été menés de manière pluridisciplinaire.



En moyenne, on compte 3,8 actions d'amélioration par rapport d'ACC. Celles-ci sont en lien direct avec les objectifs de chaque audit clinique ciblé.

► **Audit clinique ciblé sur l'organisation de la préparation de la sortie : PSPorg**



Sur dans les 188 actions d'amélioration citées par les professionnels, celles qui sont le plus fréquemment mises en place concernent :

L'enregistrement des actes de soins : 79 actions

- Amélioration de l'enregistrement des actions dans le dossier du patient :
 - ouverture d'une cible « sortie » ou « devenir » dans le dossier du patient ;
 - date prévisionnelle de sortie notée sur un document ;
 - élaboration d'une check-list de préparation de la sortie.
- Élaboration ou modification des outils existants pour faciliter la traçabilité des informations.
- Trace de la prise en charge par le Service social dans le dossier du patient.

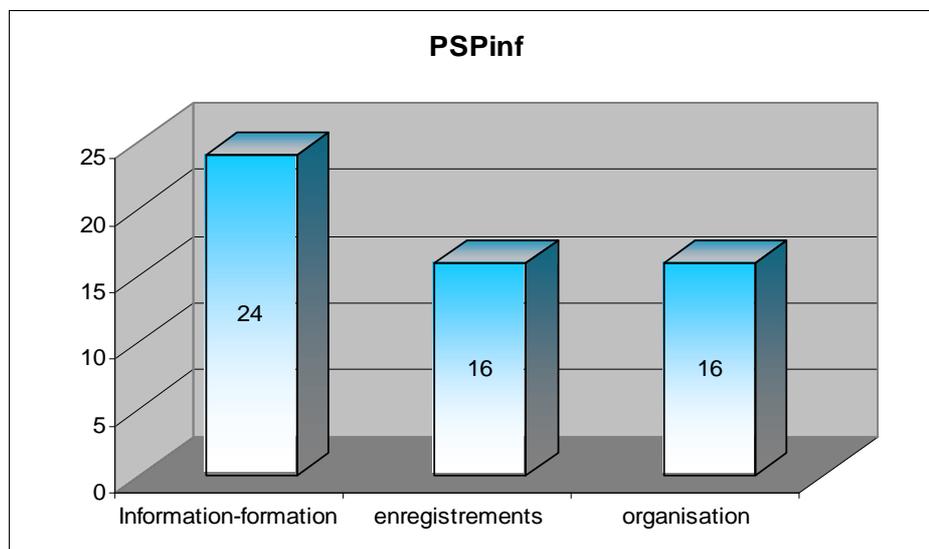
L'organisation : 58 actions

- Coordination des acteurs :
 - mise en place d'un staff hebdomadaire ;
 - assistante sociale associée au staff, recrutement d'une assistante social ;
 - trace de la discussion du staff notée dans les dossiers du patient ;
 - papiers de sortie remis par les médecins ;
 - création d'une pochette contenant tous les documents sur la sortie et remis à chaque patient avec toutes les informations.
- Protocole/procédure :
 - description du rôle des différents acteurs dans le projet de sortie et son actualisation au cours du séjour.
- Ressources matérielles :
 - acquisition de tampons encreurs sur lesquels figurent les coordonnées du service ;
 - document avec coordonnées du service remis aux patients.

L'information et la formation : 49 actions

- Sensibilisation des professionnels aux exigences réglementaires.
- Sensibilisation des équipes soignantes et médicales pour anticiper les modalités de sortie et les conditions de prise en charge.

► **Audit clinique ciblé sur l'information et la communication de la sortie : PSPinf**



Sur les 56 actions d'amélioration citées par les professionnels les actions les plus fréquemment proposées concernent :

L'enregistrement des actes de soins : 16 actions

- Amélioration des transmissions ciblées.
- Modification de la fiche entrée patient pour apporter des informations complémentaires à chaque admission.
- Notion d'information du patient et de l'entourage du patient introduite dans le dossier.

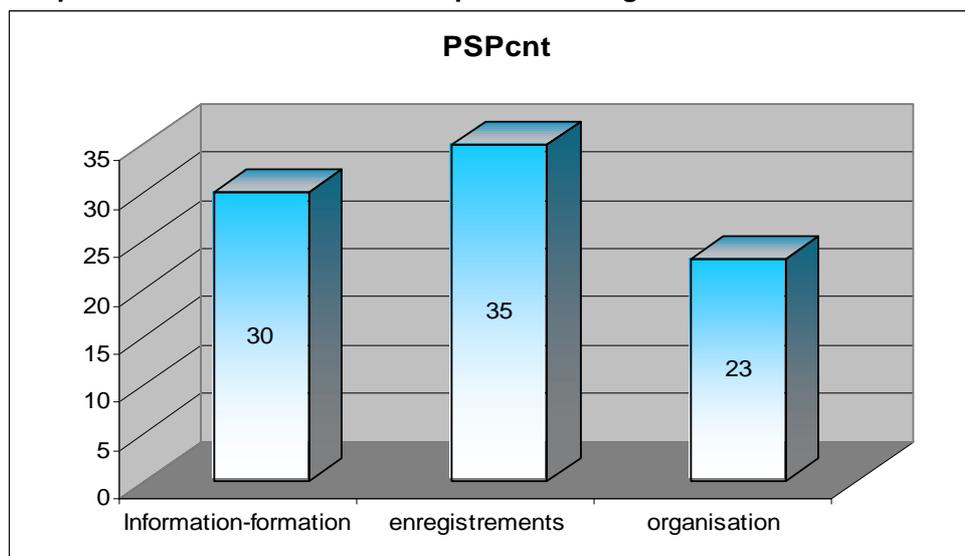
L'organisation : 16 actions

- Réorganisation des transmissions journalières médecin/IDE.
- Amélioration des supports de transmissions.
- Mise en place d'une fiche d'information médicale validée en CME.
- Dossier partagé avec les médecins libéraux.

L'information et la formation : 24 actions

- Des professionnels :
 - « les coordonnées du praticien désigné par le patient figurent dans le dossier » ;
 - « les intervenants extérieurs habituels ou la structure d'accueil sont prévenus du jour de la sortie ».
- Des patients
 - création de fiches de consignes éducatives ;
 - création d'un document d'information des patients.

► **Audit clinique ciblé sur la continuité de la prise en charge : PSPcnt**



Sur les 84 actions citées par les professionnels les actions les plus fréquemment citées concernent :

L'enregistrement : 31 actions

- Enseignement noté sur feuille de température.

L'organisation : 23 actions

- Coordination des acteurs
 - prescriptions de sortie expliquées par les médecins ou chirurgiens ;
 - staff hebdomadaire des médecins sur dossier ;
 - check-list des actions réalisées ;
 - fiche de synthèse infirmière.
- Protocole/procédure
 - élaboration d'une procédure de sortie ;
 - création d'une plaquette d'information sur la sortie.

L'information et la formation : 30 actions

- Information des professionnels sur :
 - les prescriptions et les ordonnances de sortie pour répondre aux critères 3 et 5 ;
 - l'éducation des patients pour répondre au critère 2.

5.2 Commentaires sur les actions d'amélioration

La lecture des rapports met en évidence certains facteurs facilitant l'implémentation des actions :

- Une forte mobilisation des différents acteurs : médecins, paramédicaux, assistants sociaux, responsable qualité
- Un travail d'équipe(s) pluridisciplinaire(s) et transversal
 - « la sortie des patients nécessite un travail pluridisciplinaire »
 - « Ces audits sur la sortie nécessitent un travail important à effectuer en interdisciplinarité avec les équipes médicales, rééducateurs et assistants sociaux »
- L'organisation de temps particuliers de coordination (ex. : organisation d'un staff hebdomadaire) et des outils de coordination des acteurs.
- L'enregistrement des décisions sur des supports permettant de partager l'information.

L'information et la formation des professionnels étant le vecteur indispensable pour sensibiliser et implémenter toutes ces actions.

6. Conclusion

6.1 Évolution de l'outil

L'expérimentation de ces audits a mis en évidence le besoin de préciser, d'adapter ou de reformuler des critères. Les commentaires et les remarques des professionnels de terrain ont été recueillis par les référents méthode régionaux qui ont accompagné les établissements au cours de cette expérimentation et les ont transmis aux référents thème. Des échanges directs ont également eu lieu lors de la journée de restitution nationale du 23 juin.

Cette coordination et les échanges avec les professionnels ont été pris en compte et nous permettent de proposer des grilles et des référentiels modifiés prenant en compte les remarques formulées.

C'est donc un outil affiné au contact des professionnels de terrain qui est mis à disposition des professionnels des établissements de santé : [Bon de commande_CDRACC.doc](#).

► **Audit clinique ciblé sur l'organisation : PSPproj**

Afin de clarifier le positionnement de cet audit dans le panel des outils d'évaluation proposés, l'intitulé a été changé en PSPproj (Projet de sortie). Il s'agit d'un audit de pratiques qui s'intéresse à l'organisation de la sortie de chaque patient.

Grille :

L'intitulé du **critère 2** a été modifié pour que la notion d'échanges entre tous les partenaires de santé et l'entourage du patient apparaisse clairement et que la compréhension soit facilitée.

Au niveau du **critère 3**, suite aux remarques de coordonnateurs en établissement de santé, l'identification d'un corps professionnel spécifique pour les démarches sociales a été supprimée, au profit de la notion de réalisation des démarches sociales.

Le principe d'organisation des services à domicile et de l'aménagement du domicile a été supprimé au niveau des **critères 4 et 5** car si les professionnels peuvent proposer des services, ils ne peuvent se substituer à l'entourage du patient en ce qui concerne le choix et les modalités d'organisation choisies.

Le **critère 10** a été supprimé car il n'a pas été jugé comme significativement contributif de la qualité de la préparation de la sortie.

Guide : les éléments explicatifs de ces différents critères ont été repris.

► **Audit clinique ciblé sur l'information et la communication : PSPinf**

Grille :

Les différents items du **critère 1** ont été supprimés afin de le simplifier.

Suite aux échanges avec les coordonnateurs des établissements de santé, il a semblé plus pertinent de reformuler le **critère 4** vers l'évaluation de la compréhension des informations par le patient.

Guide : les éléments explicatifs de ces différents critères ont été repris.

► Audit clinique ciblé sur la continuité de la prise en charge : PSPcnt

Grille :

Le **critère 3** a été simplifié afin de supprimer les « et » qui cumulaient plusieurs exigences, et les détails des types d'ordonnances ont été indiqués au niveau du guide.

Le **critère 5** a été réorienté vers la notion d'un document de synthèse pluridisciplinaire paramédical.

Guide : les éléments explicatifs de ces différents critères ont été repris.

Le **critère 2** précise que c'est le niveau attendu d'éducation du patient qu'il convient de mesurer (acquis, partiellement acquis, non acquis).

Au niveau du **critère 5**, les spécificités des patients psychiatriques ont été prises en compte.

6.2 Validation de la méthode pour le thème de la PSP

62 % des ES qui se sont engagés sur le programme d'ACC ont mené à bien l'expérimentation dans les temps impartis ; ce qui nous a convaincus de la faisabilité et acceptabilité de la méthode (analyse de la fiche de satisfaction du programme).

Le temps réduit entre les deux évaluations n'a pas été un obstacle majeur à la mise en place d'actions d'amélioration relativement simples, cependant la nature de certaines actions notamment celles qui sont par nature transversale ou qui intéressent une approche « culturelle » nécessitent plus de temps pour qu'elles soient appropriées et mises en œuvre au quotidien par les professionnels.

Les actions immédiates mises en œuvre au sein des services par les professionnels ont permis d'améliorer rapidement le niveau de qualité de la préparation de la sortie.

Nous avons constaté également que des actions à plus long terme étaient nécessaires. Pour qu'elles puissent être engagées, elles demandent à être intégrées dans l'organisation générale des hospitalisations afin que la démarche soit institutionnalisée.

L'expérimentation a permis d'apprécier la faisabilité et l'acceptabilité de la méthode en général (voir Annexe : la fiche méthode Audit clinique ciblé) et son applicabilité sur le thème de la PSP.

► Satisfaction des professionnels

45 questionnaires de satisfaction ont été analysés. 33 équipes n'avaient pas d'expérience antérieure de réalisation d'audit clinique.

Globalement les professionnels se sont déclarés satisfaits (16 : très satisfait, 25 : satisfait) de s'être engagés dans ces démarches d'évaluation des pratiques professionnelles. La sélection des critères leur paraît majoritairement pertinente (17 : accord total, 22 accord partiel) et reflète la qualité de la pratique évaluée (21 : accord total, 21 accord partiel). 35 équipes étaient en accord total sur le fait que l'ACC réduit le temps de préparation de la démarche. Enfin les coordonnateurs encourageraient d'autres équipes à s'engager dans ces démarches d'évaluation des pratiques « avec enthousiasme » pour 42,2 % d'entre eux et 53,3 % « oui raisonnablement ».

Ils l'ont dit :

« L'ACC est, au-delà de son aspect pédagogique, un élément fédérateur pour les professionnels de santé, créant une dynamique de l'amélioration de la qualité, une méthode qui prend en compte les contraintes de temps et permet la remise en cause des pratiques ».

L'enthousiasme des équipes qui ont participé à l'expérimentation nous a incités à diffuser cette méthode à l'ensemble des professionnels de santé [Audit clinique ciblé \(synthèse\)](#).

Annexes

Annexe 1 - Fiche Méthode

AUDIT CLINIQUE CIBLÉ (ACC)

1^{re} intention

approche par comparaison

Définition

Méthode d'évaluation qui permet à l'aide d'un nombre limité 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.

L'audit clinique ciblé est un audit clinique au cycle complet permettant un traitement plus rapide des données et des résultats.

Champ application

Les pratiques professionnelles, pour lesquelles il existe un référentiel ou au minimum un accord professionnel permettant de le construire, et un fort potentiel d'amélioration des pratiques cliniques, organisationnelles ou des soins.

Objectifs

- Mesurer l'écart entre la pratique et la référence grâce à un nombre limité de critères, sélectionnés en fonction des besoins de l'établissement et/ou des services qui le mettent en œuvre.
- Réduire le temps de réalisation de l'audit clinique pour améliorer la réactivité des équipes (6 mois environ).
- Définir et mettre en œuvre rapidement des mesures correctives ou des actions d'amélioration, accessibles et en nombre limité.
- S'assurer de l'efficacité des actions d'amélioration.

Synonymes, variantes et produits dérivés

Quick audit, rapid audit, mini audit, méthode d'évaluation par critères explicites.

Origine

Méthode dérivée de l'audit clinique.

L'Anaes a développé une expérience importante de l'audit clinique en accompagnant plus de 300 établissements. Au décours de ces travaux il est apparu nécessaire de construire une méthode d'évaluation des pratiques professionnelles permettant une réactivité plus importante des équipes et des ACC plus rapprochés.

Le programme expérimental ACC mené en 2005 a montré que l'ACC était une méthode d'amélioration de la qualité acceptable, faisable, efficace et valide, dans les 8 thèmes, et les 27 ACC proposés (cf. rapports par thème à paraître sur le site de la HAS).

Ressources nécessaires

Soutien d'un ou plusieurs professionnels formés à la méthode de l'ACC ou de l'audit clinique.

Le cédérom ACC 2005 mis à disposition des professionnels sur le site de la HAS.

Conditions de réussite

- Sélectionner un segment du processus de prise en charge des patients ciblé sur un métier, un acte de soin, un aspect organisationnel ou transversal, une étape de la prise en charge médicale (diagnostique, thérapeutique, information, surveillance...).
- Sélectionner un nombre limité, mais suffisant, de critères (entre 4 et 12), choisis en fonction du ou des objectifs choisis (conformité à la réglementation, à des recommandations de pratique clinique avec un haut niveau de preuve, potentiel d'amélioration, problématique de santé publique, sécurité du patient...).
- Définir un objectif ciblé sur l'amélioration de la pratique et non sur l'évaluation des personnes, ni sur un problème complexe d'organisation.
- Choisir un responsable de projet ayant une légitimité professionnelle.

Description

La méthode comporte 6 étapes, et pourrait idéalement se poursuivre par une septième : un suivi d'indicateurs ou un (des) tour(s) d'ACC supplémentaire(s).

- **Étape 1 PLAN : planifier, organiser**

Choix du thème

- choix du thème à partir de référentiels validés, en fonction de la fréquence de la pratique, du risque encouru par le patient et du potentiel d'amélioration ;
- champ de l'étude : nombre d'unités de soins impliquées ;
- constitution du groupe de travail et nomination du chef de projet ;
- réalisation d'une information sur le projet auprès des professionnels.

Choix des critères

- choix d'un ou plusieurs référentiel(s) d'ACC existants sur le thème choisi ;
- s'il n'existe pas de référentiel d'ACC, la sélection des critères dans le référentiel existant se fait selon les objectifs de l'établissement ou du service et des répercussions sur la qualité et la sécurité du service rendu au patient ;
- construction des **grilles** de recueil de données et du **guide** qui les accompagne.

Élaboration du protocole d'étude soit la détermination :

- des critères d'inclusion et d'exclusion ;
- du type d'étude (rétrospective ou prospective) ;
- du mode de recueil des données et des sources d'information ;
- de la taille de l'échantillon ;
- et de la période d'évaluation.

Test de la feuille de recueil de données et réajustement le cas échéant.

Planification de la démarche (diagramme de type Gantt).

Organisation d'une réunion d'information pour toutes les unités concernées par l'ACC.

- **Étape 2 DO : Recueil des données** (premier tour d'audit T1)

- Remplissage d'une grille de recueil des données pour chaque pratique évaluée.
- Suivi de l'évolution du recueil des données.

- **Étape 3 CHECK : Analyse des résultats du premier tour d'ACC**

- Traitement des données recueillies : calcul de l'écart entre les pratiques (valeurs observées des critères) et le référentiel (valeur attendue des critères ou standard).
- Analyse des résultats.
- Recherche des causes des écarts.
- Définition des axes d'amélioration.
- Rédaction du rapport du premier tour d'audit.

- **Étape 4 ACT : Plan d'actions d'améliorations**

- Nomination d'un responsable par action et réalisation d'une fiche action.
- Élaboration d'un calendrier de réalisation des actions.
- Planification de la période de réévaluation.

- **Étape 5 Nouveau recueil de données** (second tour d'audit T2)

- **Étape 6 Analyse des résultats du second tour d'ACC**

- Analyse des résultats.
- Comparaison avec les résultats du premier tour.
- Recherche des causes des écarts résiduels.

- **Étape 7 idéalement : mesure de l'impact** des actions correctives, sur la base des résultats de la réévaluation.

- Mise en place de nouvelles actions d'améliorations, si des écarts persistent.
- Mise en place d'indicateurs pour suivre l'amélioration induite.

Annexe 2 – Documents (Source cédérom 2005)

PROTOCOLE DE L'AUDIT CLINIQUE CIBLÉ Audit de pratiques : organisation de la sortie n°1 (PSPproj)

Préambule

Le présent protocole est issu de celui de l'ensemble des audits cliniques menés dans les établissements de santé, à l'échelon national, depuis 1997. Il propose d'explorer trois aspects nécessaires à la préparation de la sortie du patient ayant pour objectifs spécifiques :

- assurer une organisation adaptée pour accueillir le patient après sa sortie : (PSPproj) ;
- assurer la transmission des informations nécessaires à la sortie du patient (PSPinf) ;
- assurer la continuité de la prise en charge après la sortie du patient (PSPcnt).

Il peut concerner le processus, soit en partie soit dans sa totalité, en fonction de l'objectif recherché.

Le champ d'application

L'évaluation concerne les services de médecine, chirurgie, périnatalité, psychiatrie, soins de suite et de réadaptation accueillant des patients en hospitalisation programmée ou non programmée et dont la sortie nécessite un relais avec d'autres structures ou d'autres intervenants médicaux et/ou sociaux après l'hospitalisation.

Les critères d'inclusion

Tous les patients sortis d'un service d'hospitalisation complète, quel que soit leur âge.

Les critères d'exclusion

Tous les patients sortis par décès, transfert vers un secteur de soins critiques, transfert vers un autre secteur de soins de courte durée (MCO).

Le type d'étude

Il s'agit d'une évaluation rétrospective (sur dossier, après sortie du patient).

Les sources et les modes de recueil des données

La source d'information est le dossier du patient (dossier papier et dossier du système d'information). Le recueil des données est réalisé par les professionnels concernés et placé sous la responsabilité du coordonnateur de l'audit clinique de chaque établissement qui en assure la conservation et la confidentialité.

Le coordonnateur de l'audit est chargé de vérifier la qualité des données : exhaustivité, exactitude, précision et cohérence.

La taille de l'échantillon

Pour être représentatif, l'échantillon doit être de 30 sorties consécutives.

La période d'évaluation

Si le nombre de dossiers est inférieur à 30, la durée de l'observation ne doit pas excéder 6 semaines.

GRILLE DE RECUEIL DES DONNÉES
Audit de pratiques : organisation de la sortie n°1 (PSPproj)

Date : ...	Établissement/service : ...
N° de la grille : ...	
Nom de l'évaluateur :	
Identification du patient :	les 3 premières lettres <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ou étiquette

OBJECTIF : assurer une organisation adaptée pour accueillir le patient après sa sortie					
N°	CRITERES	OUI	NON	NA	COMMENTAIRES
1	La sortie a fait l'objet d'un projet actualisé tout au long du séjour en lien avec l'entourage du patient.				
2	Les échanges autour du projet de sortie du patient ont associé le patient et/ou son entourage.				
3	Les démarches sociales liées au projet de sortie sont notées.				
4	Les différents services à domicile ont été proposés.				
5	L'aménagement du domicile du patient a été proposé.				
6	Le matériel spécialisé a été prescrit et commandé à l'avance afin d'être disponible au domicile le jour de la sortie.				
7	L'autorisation écrite des parents (ou du tuteur) figure dans le dossier si une tierce personne vient chercher le mineur à sa sortie.				
8	Les date et heure de sortie choisies sont compatibles avec l'accueil du patient à son domicile ou en établissement de suite et tiennent compte des modalités de transport.				
9	Les coordonnées téléphoniques du service sont remises au patient et une date de consultation est indiquée si besoin.				

GUIDE D'UTILISATION DE LA GRILLE

Audit de pratiques : organisation de la sortie n°1 (PSPproj)

Principe : en cas de réponse **(NA) Non applicable** ou **NON**, l'explication ou la justification doit apparaître dans les commentaires

Critère 1 La sortie a fait l'objet d'un projet actualisé tout au long du séjour en lien avec l'entourage du patient.

La sortie du patient a été planifiée dès que possible, voire même avant le séjour lorsque celui-ci est programmé (cancérologie par exemple). **On trouve une date prévisionnelle de sortie** le premier jour dans le cadre d'une hospitalisation programmée, dans les premiers jours (dès stabilisation de l'état clinique du patient) lors d'une hospitalisation non programmée.

Les éléments d'évaluation sur le plan somatique, psychique et thymique, cognitif, social, des handicaps et de la dépendance notés dans le dossier du patient sont pris en compte pour le projet de sortie.

En psychiatrie, l'entourage du patient est celui qui l'autorise.

En soins de suite et de réadaptation, compte tenu de la durée des séjours, la notification dans le dossier d'une date prévisionnelle peut être beaucoup plus tardive.

Répondre **NON** si aucune date prévisionnelle de sortie n'est indiquée dans le dossier du patient.

NA impossible

Critère 2 Les échanges autour du projet de sortie ont associé le patient et/ou son entourage.

Le projet de sortie du patient a fait l'objet d'une discussion au sein de l'équipe (médecin, infirmière, assistante sociale). La famille et/ou l'entourage du patient ont été associés. La trace de cette décision consensuelle est retrouvée dans le dossier du patient.

Répondre **NON** si le dossier du patient ne fait pas mention de cette discussion.

Répondre **NA** si patient isolé

Critère 3 Les démarches sociales liées au projet de sortie sont notées.

Le plus souvent il s'agit d'un contact entre le cadre de santé et l'assistante sociale, l'organisation de certains établissements peut conduire d'autres professionnels à assurer ce lien ou ces démarches. Le résultat de ces démarches est noté dans le dossier du patient (dossier du patient, dossier social).

Répondre **NON** si le dossier du patient ne fait pas mention de cette discussion.

Répondre **NA** si patient autonome

Critère 4 Les différents services à domicile ont été proposés.

Les différents services sont toutes les structures ou modalités de prise en charge qui permettent un retour au domicile pour des patients nécessitant un accompagnement. Leur sollicitation est à considérer en fonction des besoins du patient et de son état de dépendance temporaire ou permanent :

- HAD ;
- infirmière à domicile ;
- aide ménagère ;
- kinésithérapeute ;
- aide-soignante ;
- livraison des repas ;
- système de téléalarme ;
- visites des bénévoles.

Répondre **NA** si aucune de ces structures ou de ces services n'est nécessaire pour un retour au domicile, ou si le patient est transféré sur une autre structure.

Critère 5 L'aménagement du domicile du patient a été proposé.

Pour les patients en état de dépendance temporaire ou permanente, ou pouvant nécessiter une prise en charge alternative à l'hospitalisation celle-ci est proposée par l'équipe au patient et/ou à son entourage.

L'aménagement du domicile du patient est à considérer en fonction de ses besoins et de son niveau de dépendance :

- installation de barres d'appui ;
- aménagement des toilettes ;
- installation d'une douche à la place d'une baignoire ;
- élimination des tapis ;
- élargissement des portes...

Des éléments d'information relatifs à ces propositions d'aménagement sont retrouvés dans le dossier du patient.

Répondre **NA** si aucun de ces aménagements n'est nécessaire pour un retour au domicile ou si le patient est transféré sur une autre structure.

Critère 6 Le matériel spécialisé a été prescrit et commandé à l'avance afin d'être disponible au domicile le jour de la sortie

La prescription de matériel spécialisé est à considérer en fonction des besoins du patient et de son niveau d'autonomie :

- cannes ;
- déambulateur ;
- fauteuil roulant ;
- chaise-pot ;
- lit médicalisé...

Des éléments d'information relatifs à ces équipements sont retrouvés dans le dossier du patient.

Répondre **NA** si aucun de ces matériels n'est nécessaire pour un retour au domicile ou si le patient est transféré sur une autre structure.

Critère 7 L'autorisation écrite des parents (ou du tuteur) figure dans le dossier si une tierce personne vient chercher le mineur à sa sortie.

L'autorisation de sortie comprenant les coordonnées complètes de la tierce personne est présente dans le dossier du patient.

Répondre **NON** lorsqu'un tiers vient chercher le mineur sans autorisation écrite dans le dossier.

Répondre **NA** lorsque le patient ne relève pas de ces modalités ou lorsque ce sont les parents ou le tuteur qui viennent chercher le mineur ou la personne sous tutelle.

Critère 8 Les date et heure de sortie choisies sont compatibles avec l'accueil du patient à son domicile ou en établissement de suite, et tiennent compte des modalités de transport.

Les dates et heures de sortie sont choisies en accord avec le patient et/ou l'entourage du patient en fonction de leur disponibilité. Dans le cadre d'un transfert vers un autre établissement de santé, l'horaire est négocié avec le responsable de l'établissement ou du service. Cet horaire de sortie négocié est précisé dans le dossier du patient à côté de la date. Le mode de transport est pris en compte notamment s'il est fait appel à un prestataire.

NA impossible

Critère 9 Les coordonnées téléphoniques du service sont remises au patient et une date de consultation est indiquée si besoin.

Les coordonnées téléphoniques du service sont systématiquement remises au patient. Lorsqu'une consultation posthospitalisation est nécessaire, un rendez-vous est donné au patient et/ou à son entourage. Une trace que ces informations ont été données doit être retrouvée dans le dossier.

Répondre **NON** si l'une de ces 2 informations n'est pas dans le dossier

NA impossible

PROTOCOLE DE L'AUDIT CLINIQUE CIBLÉ

Audit de pratiques : Information – communication de la sortie n°2 (PSPinf)

Préambule

Le présent protocole est issu de celui de l'ensemble des audits cliniques menés dans les établissements de santé, à l'échelon national, depuis 1997. Il propose d'explorer trois aspects nécessaires à la préparation de la sortie du patient ayant pour objectifs spécifiques :

- assurer une organisation adaptée pour accueillir le patient après sa sortie (PSPproj) ;
- assurer la transmission des informations nécessaires à la sortie du patient (PSPinf) ;
- assurer la continuité de la prise en charge après la sortie du patient (PSPcnt).

Il peut concerner le processus, soit en partie soit dans sa totalité, en fonction de l'objectif recherché.

Le champ d'application

L'évaluation concerne les services de médecine, chirurgie, périnatalité, psychiatrie, soins de suite et de réadaptation accueillant des patients en hospitalisation programmée ou non programmée et dont la sortie nécessite un relais avec d'autres structures ou d'autres intervenants médicaux et/ou sociaux après l'hospitalisation.

Les critères d'inclusion

Tous les patients sortis d'un service d'hospitalisation complète, quel que soit leur âge.

Les critères d'exclusion

Tous les patients sortis par décès, transfert vers un secteur de soins critiques, transfert vers un autre secteur de soins de courte durée (MCO).

Le type d'étude

Il s'agit d'une évaluation rétrospective (sur dossier, après sortie du patient).

Les sources et les modes de recueil des données

La source d'information est le dossier du patient (dossier papier et dossier du système d'information). Le recueil des données est réalisé par les professionnels concernés et placé sous la responsabilité du coordonnateur de l'audit clinique de chaque établissement qui en assure la conservation et la confidentialité.

Le coordonnateur de l'audit est chargé de vérifier la qualité des données : exhaustivité, exactitude, précision et cohérence.

La taille de l'échantillon

Pour être représentatif, l'échantillon doit être de 30 sorties consécutives.

La période d'évaluation

Si le nombre de dossiers est inférieur à 30, la durée de l'observation ne doit pas excéder 6 semaines.

GRILLE DE RECUEIL DES DONNÉES
Audit de pratiques : information – communication n° 2 (PSPinf)

Date : ...	Établissement/service : ...
N° de la grille : ...	
Nom de l'évaluateur :	
Identification du patient :	les 3 premières lettres <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ou étiquette

OBJECTIF : assurer la transmission des informations nécessaires à la sortie du patient					
N°	CRITERES	OUI	NON	NA	COMMENTAIRES
1	Une concertation entre les intervenants extérieurs et les soignants hospitaliers a permis de préciser les objectifs de l'hospitalisation.				
2	Les coordonnées complètes du praticien désigné par le malade figurent dans le dossier.				
3	Les intervenants extérieurs habituels ou la structure d'accueil ont été prévenus du jour de la sortie.				
4	La compréhension des informations délivrées au patient sur les modalités de suivi et de surveillance ultérieures est vérifiée.				

Audit de pratiques : Information – communication de la sortie n°2 (PSPinf)

Principe : en cas de réponse **(NA) Non applicable** ou **NON**, l'explication ou la justification doit apparaître dans les commentaires

Critère 1 Une concertation entre les intervenants extérieurs et les soignants hospitaliers a permis de préciser les objectifs de l'hospitalisation.

Un contact (échanges téléphoniques, courrier) avec le médecin désigné par le patient et/ou la structure (maison de retraite, par exemple) doit avoir lieu si possible avant l'hospitalisation dans le cadre d'une hospitalisation programmée et au moment de l'hospitalisation ou au plus près en cas d'hospitalisation non programmée.

Répondre **NON** si aucune trace (courrier, note dans le dossier) n'est retrouvée.

Répondre **NA** si patient isolé et/ou ayant des troubles de la communication verbale.

Critère 2 Les coordonnées complètes du praticien désigné par le patient figurent dans le dossier.

Les coordonnées complètes du médecin (nom, adresse, téléphone) sont notées dans le dossier du patient.

NA impossible.

Critère 3 Les intervenants extérieurs habituels ou la structure d'accueil sont prévenus du jour de la sortie.

Selon les besoins du patient :

- médecin ;
- HAD ;
- infirmière à domicile ;
- aide ménagère ;
- kinésithérapeute ;
- les voisins (éventuellement) ;
- établissement de soins de suite et de réadaptation ;
- maison de retraite ;

sont informés du jour de la sortie du patient. Les contacts établis sont notés dans le dossier du patient.

Répondre **NON** si aucune trace de contact avec l'un ou plusieurs des intervenants n'est notée.

Répondre **NA** si aucune de ces structures ou de ces services n'est nécessaire pour un retour au domicile.

Critère 4 La compréhension des informations liées au patient sur les modalités de suivi et de surveillance ultérieures est vérifiée.

Dans le cadre d'une sortie de la maternité, les informations données à la mère concernent les soins nécessaires à la surveillance de l'état de santé de son nouveau-né, son mode d'alimentation et ses propres soins (périnée, seins). On s'assure que la mère a intégré les informations qui ont été données.

On s'assure que le patient et/ou l'entourage a (ont) intégré les informations qui ont été données (modalités de prise des médicaments, signes et symptômes qui doivent alerter, précautions à prendre pour la reprise des activités physiques, conseils diététiques et hygiène de vie, précautions pour la prévention d'un risque infectieux, information sur le suivi transfusionnel ou sur le dispositif médical implanté...).

Le patient et/ou son entourage disposent de documents écrits leur indiquant les consignes de surveillance et/ou de prévention des rechutes ou risques.

On trouve une trace écrite de l'évaluation du niveau de compréhension de l'information donnée au patient et/ou à son entourage dans le dossier.

Répondre **NA** si patient isolé et/ou ayant des troubles de la communication verbale.

PROTOCOLE DE L'AUDIT CLINIQUE

Audit de pratiques : la continuité des soins n°3 (PSPcnt)

Préambule

Le présent protocole est issu de celui de l'ensemble des audits cliniques menés dans les établissements de santé, à l'échelon national, depuis 1997. Il propose d'explorer trois aspects nécessaires à la préparation de la sortie du patient ayant pour objectifs spécifiques :

- assurer une organisation adaptée pour accueillir le patient après sa sortie : (PSPproj) ;
- assurer la transmission des informations nécessaires à la sortie du patient (PSPinf) ;
- assurer la continuité de la prise en charge après la sortie du patient (PSPcnt).

Il peut concerner le processus, soit en partie soit dans sa totalité, en fonction de l'objectif recherché.

Le champ d'application

L'évaluation concerne les services de médecine, chirurgie, périnatalité, psychiatrie, soins de suite et de réadaptation accueillant des patients en hospitalisation programmée ou non programmée et dont la sortie nécessite un relais avec d'autres structures ou d'autres intervenants médicaux et/ou sociaux après l'hospitalisation.

Les critères d'inclusion

Tous les patients sortis d'un service d'hospitalisation complète, quel que soit leur âge.

Les critères d'exclusion

Tous les patients sortis par décès, transfert vers un secteur de soins critiques, transfert vers un autre secteur de soins de courte durée (MCO).

Le type d'étude

Il s'agit d'une évaluation rétrospective (sur dossier, après sortie du patient).

Les sources et les modes de recueil des données

La source d'information est le dossier du patient (dossier papier et dossier du système d'information). Le recueil des données est réalisé par les professionnels concernés et placé sous la responsabilité du coordonnateur de l'audit clinique de chaque établissement qui en assure la conservation et la confidentialité.

Le coordonnateur de l'audit est chargé de vérifier la qualité des données : exhaustivité, exactitude, précision et cohérence.

La taille de l'échantillon

Pour être représentatif, l'échantillon doit être de 30 sorties consécutives.

La période d'évaluation

Si le nombre de dossiers est inférieur à 30, la durée de l'observation ne doit pas excéder 6 semaines.

GRILLE DE RECUEIL DES DONNÉES
Audit de pratiques : la continuité des soins n°3 (PSPcnt)

Date : ... Établissement/service : ...
 N° de la grille : ...
 Nom de l'évaluateur :
 Identification du patient : les 3 premières lettres □□□
 ou étiquette

Cette grille doit être remplie après la sortie du patient, en auto-évaluation, par l'infirmière ou le cadre de santé et le médecin ayant organisé la sortie.

OBJECTIF : assurer la continuité de la prise en charge après la sortie du patient					
N°	CRITERES	OUI	NON	NA	Commentaires
1	Le praticien, les intervenants extérieurs et/ou l'établissement d'accueil sont prévenus du retour à domicile ou du transfert dans un délai permettant la continuité des soins.				
2	L'éducation dispensée au patient au cours de son séjour lui permet d'assurer les soins et la surveillance qu'il doit réaliser lui-même.				
3	Les ordonnances sont remises au patient et/ou à son entourage lors de sa sortie.				
4	La lettre de sortie comportant les conclusions diagnostiques et le traitement de sortie est remise au patient ou adressée à sa demande au médecin qu'il désigne.				
5	Un document de synthèse paramédical est confié au patient ou joint à son dossier en cas de transfert.				

GUIDE D'UTILISATION DE LA GRILLE DE RECUEIL

Audit de pratiques : la continuité des soins n°3 (PSpnt)

Principe : en cas de réponse **NA (Non applicable)** ou **NON**, l'explication ou la justification doit apparaître dans les commentaires

Critère 1 Le praticien, les intervenants extérieurs et/ou l'établissement d'accueil sont prévenus du retour à domicile ou du transfert dans un délai permettant la continuité des soins.

Les éléments d'information (courrier de sortie, compte rendu d'hospitalisation, et double de l'ordonnance) relatifs aux prescriptions médicales et/ou à l'état de dépendance du patient sont communiqués aux professionnels (médecin traitant, professionnels de santé) qui doivent assurer la continuité des soins. On s'assure que les prescriptions médicales pourront être mises en œuvre dès sa sortie ou son transfert.

La trace de la transmission de ces informations est retrouvée dans le dossier du patient.

Répondre **NA** si le patient est autonome et sort sans prescriptions médicales.

Critère 2 L'éducation dispensée au patient au cours de son séjour lui permet d'assurer les soins et la surveillance qu'il doit réaliser lui-même.

Dans le cadre d'une sortie de la maternité, l'éducation dispensée à la mère a concerné les soins nécessaires à la surveillance de l'état de santé de son nouveau-né, son mode d'alimentation et ses propres soins (périnée, seins). Le suivi téléphonique des sorties précoces est organisé. Les coordonnées d'un professionnel référent sont remises à la mère.

Le patient reçoit au cours de son hospitalisation une éducation à la santé concernant les modalités de prise des médicaments, les signes et symptômes qui doivent l'alerter, les précautions à prendre pour la reprise des activités physiques, les conseils diététiques et d'hygiène de vie, les précautions pour la prévention d'un risque infectieux, des informations sur le dispositif médical implanté et sur les conditions d'un suivi transfusionnel s'il a bénéficié de ce type de thérapeutique.

On s'assure que le patient et/ou l'entourage a intégré les informations qui ont été données.

Le niveau d'éducation atteint par le patient, est tracé dans son dossier.

Répondre **NA** si le patient est isolé et/ou présente des troubles de la communication verbale.

Critère 3 Les ordonnances sont remises au patient et/ou à son entourage lors de sa sortie :

Les ordonnances remises au patient concernent les prescriptions médicamenteuses, les soins par les différents professionnels de santé (IDE, kinésithérapeutes...) et les examens complémentaires. Sur ces ordonnances figurent les coordonnées du médecin référent du patient au cours de l'hospitalisation.

Répondre **NON** si un seul élément n'est pas satisfait.

Répondre **NA** si patient autonome et sort sans prescription médicale.

Critère 4 La lettre de sortie comportant les conclusions diagnostiques et le traitement de sortie est remise au patient ou adressée à sa demande au médecin qu'il désigne.

La lettre de sortie est remise au patient en même temps que les autres documents : ordonnances médicaments, prescriptions diverses, radiographies...

Un double de ce courrier doit être retrouvé dans le dossier du patient.

En psychiatrie, la lettre de sortie est adressée directement au praticien.

NA impossible.

Critère 5 Un document de synthèse paramédical est confié au patient ou joint à son dossier en cas de transfert.

Le document de synthèse peut être un résumé des soins infirmiers, une fiche de liaison infirmière une fiche de liaison des paramédicaux (IDE, kinésithérapeutes, orthophonistes...). Il est remis au patient ou adressé à l'établissement d'accueil avec les autres éléments du dossier. Un double de ce document doit être retrouvé dans le dossier du patient.

Répondre **NA** si retour à domicile simple sans intervenants extérieurs.

Références

1. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Réussir un audit clinique et son plan d'amélioration. Guide pratique. Saint-Denis-la-Plaine : Anaes ; 2003.
2. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Préparation de la sortie du patient hospitalisé. Guide pratique. Paris : Anaes ; 2001.
3. Ministère des solidarités de la santé et de la famille. Décret n°2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles. *Journal Officiel* 2005 ; 18 : 6730-1.
4. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Manuel d'accréditation des établissements de santé – Deuxième procédure d'accréditation. Paris : Anaes ; 2004.
5. Haute Autorité de santé. L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé. Saint-Denis-la-Plaine : HAS ; 2005.
6. Ministère de la santé et de la solidarité. Soins infirmiers : normes de qualité. Guide du service de soins infirmiers 2^e édition. Paris : Ministère de la santé et de la solidarité ; 2001.
7. Locquet C, Ravineau MJ, Mayault C, Desplanques-Leperre A, Chabot JM. L'audit clinique ciblé pour évaluer les pratiques professionnelles. résultats préliminaires de la mise en œuvre dans les 177 établissements de santé français. *Gest Hosp* 2005 ; 344 : 329-35.
8. Department of Human Services. Effective discharge strategy performance indicators. Discharge database and patient record audit instruction manual. Melbourne : Victorian Government Health Information ; 2003.
9. Department of Human Services. Improving patient transition from hospital to the community. A good practice guide for hospitals. Melbourne : Victorian Government Health Information ; 2003.
10. Department of Human Services. Transitioning care : a review of the effective discharge strategy : final report. Melbourne : Victorian Government Health Information ; 2003.
11. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Sortie précoce après accouchement. Conditions pour proposer un retour précoce à domicile. Recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis-la-Plaine : Anaes ; 2004.
12. Société française de médecine physique et réadaptation, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Sortie du monde hospitalier et le retour au domicile d'une personne adulte handicapée. Conférence de consensus. Saint-Denis-la-Plaine : Anaes ; 2004.
13. Société française d'économie de la santé, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Sortie du monde hospitalier et retour au domicile d'une personne adulte évoluant vers la dépendance motrice ou psychique. Conférence de consensus. Saint-Denis-la-Plaine : Anaes ; 2004.
14. British Association of Day Surgery. Guidelines about the discharge process and the assessment of fitness of discharge. York : BADS ; 2004.
15. Department of Health. Discharge from hospital : pathway, process and practice. London : DH ; 2003.
16. National Health Services. Achieving timely simple discharge from hospital. A toolkit for the multi-disciplinary team. Londres : NHS ; 2004.
17. Parker S. A systematic review of discharge arrangements for older people. *Health Technol Assess* 2002 ; 6.
18. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. The immediate discharge document. Edinburgh : SIGN ; 2003.

Participants

Groupe de travail ACC et remerciements

Ce document a été rédigé par Mme Marie-José DARMON, référent national sur ce thème d'audit clinique ciblé et Mme Catherine BUSSY référent méthode, sous la coordination du comité de pilotage : Mme le Dr Claudie LOCQUET, Mme Marie-José RAVINEAU, Mme le Dr Catherine MAYAULT et Mme le Dr Armelle DESPLANQUES, chefs de projet à la HAS et de M. le Pr Jean-Michel CHABOT, Responsable du Service Évaluation des Pratiques, avec le concours des assistantes Mme Corinne CAMIER, Mme Karima NICOLA et M. Vincent BON-GEORGES.

Nous remercions :

Le référent du thème « Préparation de la sortie du patient du patient hospitalisé »

Mme DARMON Marie-José.

Les membres du groupe de travail du thème

Mme BUSSY Catherine, Mme M. ERBAULT, Mme le Dr MIGET Patrick.

Les référents traitement des données

M. le Dr LAIRY Gérard, Mme le Dr LATHÉLIZE Monique, Messieurs PAPON René et VIGNALLY Pascal.

Les référents des 8 thèmes ACC « Clé en mains »

Mme le Dr BISMUTH Marie-Jeanne et M. René PAPON : Thème SU
« Pose et surveillance des sondes urinaires »

M. le Dr BOUET Roland et Mme PULTIER Madeleine : Thème TSU
« Prise en charge hospitalière des suicidants »

Mme DARMON Marie-José : Thème PSP
« Préparation de la sortie du patient hospitalisé »

Mme le Dr LATHÉLIZE Monique : Thème ATBP
« Antibioprophylaxie en chirurgie de première intention »

Mme le Dr MICHEL Micheline : Thème DPA
« Prise en charge de la douleur chez la personne âgée »

M le Dr PASSADORI Yves : Thème CPPA
« Contention physique de la personne âgée »

Mme PEREZ-RABOISSON Françoise : Thème PARTO
« Évaluation de la surveillance du travail et de l'accouchement par la tenue du partogramme »

Mme THIERY-BAJOLET Roselyne Thème CCI
« Chambres à Cathéter Implantables »

Les référents méthode

M. le Dr BOURDERONT Dominique, Alsace
M. le Dr FRASIE Jean-Michel, Alsace
M. IDOUX Bernard, Alsace
M. ROUILLON Rodolphe, Alsace
M. le Dr PASSADORI Yves, Alsace
Mme le Dr LAJZEROWICZ Nathalie, Aquitaine
M. le Dr BODIGUEL Éric, Auvergne
Mme le Dr D'ALCHE-GAUTIER Marie-José, Basse-Normandie
Mme le Dr BISMUTH Marie-Jeanne, Bourgogne
Mme le Dr COUTTE Marie-Bénédicte, Bretagne
Mme le Dr MICHEL Micheline, Bretagne
Mme BERTEVAS Catherine, Bretagne
M. le Dr BODIGUEL Éric, Centre
M. PAPON René, Centre
Mme MARTIN Dominique, Champagne-Ardenne
Mme THIERY-BAJOLET Roselyne, Champagne-Ardenne
M. le Dr FERRY Jean-Pierre, Franche-Comté
M. le Dr JARRIGE Bruno, Guadeloupe
Mme le Dr D'ALCHE-GAUTIER, Marie-José, Haute-Normandie
Mme BUSSY Catherine, Île-de-France
Mme GABA-LEROY Chantal, Île-de-France
M. le Dr LAIRY Gérard, Île-de-France
Mme le Dr PRIVAT-PAIN Christiane, Île-de-France
Mme RAVINEAU Marie-José, Île-de-France

M. le Dr SQUARA Pierre, Île-de-France
Mme ROBINEAU Isabelle, Île-de-France
Mme DELEMARRE Josette, Île-de-France
Mme RABOISSON Françoise, Languedoc-Roussillon
Mme le Dr LATHELIZE Monique, Limousin
M. PLANSANT Laurent, Limousin
M. le Dr MIGET Patrick, Lorraine
M. PERISSE Dominique, Midi-Pyrénées
M. le Dr PIGNAL François, Midi-Pyrénées
Mme DEHOORNE Frédérique, Nord-Pas-de-Calais
Mme SALCZYNSKI Annette, Nord-Pas-de-Calais
Mme VANHEE-GALOIS Anne, Nord-Pas-de-Calais
Mme AUDIBERT Claudine, PACA
Mme DARMON Marie-José, PACA
Mme PULTIER Madeleine, PACA
M. le Dr SOUTIF Claude, PACA
Mme le Dr SARTOR Catherine, PACA
M. le Dr STROUMZA Paul, PACA
Mme le Dr BOUTE Catherine, Pays-de-la-Loire
M. le Dr CHAINE François-Xavier, Picardie
M. le Dr BOUET Roland, Poitou-Charentes
Mme BERTINI Nicole, Rhône-Alpes
M. le Pr FRANCOIS Patrice, Rhône-Alpes
M. le Dr LEPAPE Alain, Rhône-Alpes

Les coordonnateurs et les équipes professionnelles des établissements de santé

Mme HAERTY G., Centre hospitalier de Guebwiller, GUEBWILLER

M. LEBAS Thierry, Centre hospitalier Robert BISSON, LISIEUX

Mme le Dr BERTHIER Sabine, Centre hospitalier universitaire Hôpital du Bocage, DIJON

Mme BONET Martine, Centre hospitalier Gaston Ramon, SENS

Mme MONARI Claudie, Centre hospitalier Gaston Ramon, SENS

Mme MENELET Chantal, Fondation Hôtel Dieu, LE CREUSOT

Mme PASTOL Nicole, Centre hospitalier universitaire, BREST

Mme CABEC Gaëlle, Centre hospitalier de Guingamp, GUINGAMP

Mme CANTEL Marie-Madeleine, Hôpital de Lannion – Centre hospitalier Pierre Le Damany, LANNION

M. VAUCHELLES Jean-Luc, Centre hospitalier de Cornouaille, QUIMPER

Mme BONNERRE Myriam, Centre Eugène Marquis, RENNES

Mme PLISSON Nadia, Centre hospitalier, VENDOME

Mme BESNARD Véronique, Centre hospitalier de Vendome, VENDÔME

Mme MOINET C., Centre hospitalier, CHAUMONT

Mme ROLLAND Alexandra, Centre hospitalier, ROMILLY-SUR-SEINE

Mme le Dr PILLARD Corinne, Centre hospitalier, SAINT-DIZIER

Mme DARTE Sylvie, Centre hospitalier, VITRY-LE-FRANÇOIS

Mme LANDRIN Maria, Centre hospitalier, CHARLEVILLE-MEZIERES

M. le Dr THEVENOT Thierry, Centre hospitalier universitaire Saint Jacques, BESANÇON

Mme BENARD Annette, Centre hospitalier, BERNAY

M. le Dr GLOC Philippe, Centre hospitalier de Dieppe, DIEPPE

Mme VARIN Pascale, Centre hospitalier du Belvédère, MONT-SAINT-AIGNAN

Mme BOUTET Francine, Centre hospitalier Victor Dupouy, ARGENTEUIL

Mme GAUDRON Nadine, Centre hospitalier Victor Dupouy, ARGENTEUIL

Mme MANEN Mylène, Centre hospitalier Victor Dupouy, ARGENTEUIL

Mme FEDY Sophie, Centre hospitalier Victor Dupouy, ARGENTEUIL

M. le Dr LACHGAR Karim, Hôpital Simone VEIL – G. H Eaubonne-Montmorency, EAUBONNE

Mme AUDEBAULT Sandrine, Centre hospitalier, GONESSE

M. LALES F., Centre Saint-Come, JUVISY-SUR-ORGE

Mme MACÉ Catherine, Centre Laennec CMPR, MALAKOFF

Mme PECQUET Elisabeth, Centre Laennec CMPR, MALAKOFF

Mme DOIREAU Micheline, Centre hospitalier Intercommunal le Raincy-Montfermeil, MONTFERMEIL

M. DEVAUX Thierry, Centre hospitalier Intercommunal André Grégoire, MONTREUIL

Mme VERBEKE Isabelle, Association Clinique BIZET, PARIS

Mme JACOUPLY Françoise, Clinique Turin, PARIS

M. GARRIGOU M., CHU Bichat-Claude Bernard, PARIS

M. le Dr DEPOIX Jean-Paul, CHU Bichat-Claude Bernard, PARIS

Mme le Dr MARGERIT Aimée, APHP/Hôpital Saint-Louis, PARIS

Mme le Dr DOUARD Marie-Cécile, APHP/Hôpital Saint-Louis, PARIS

Mme BREBANT Alice, Hôpital Hôtel Dieu – AP HP, PARIS

M. le Dr RAJZBAUM Gérald, Hôpital St Joseph, PARIS

Mme BOUYSSOU Isabelle, Hôpital St Joseph, PARIS

Mme RUAUD Martine, Groupe hospitalier Sainte-Périne, PARIS

M. le Dr LHOTE François, Hôpital Delafontaine, SAINT-DENIS

Mme BOURRE Marguerite, Hôpital Casanova, SAINT DENIS

Mme VIDAL Marie-Françoise, Hôpital FOCH, SURESNES

M. RUYSS Jean-François, INSTITUT Gustave ROUSSY, VILLEJUIF

M. NITENBERG Gérard, INSTITUT Gustave ROUSSY, VILLEJUIF

Mme SIOT Chantal, Centre hospitalier René Dubos, CERGY-PONTOISE

Mme THOMAS-CONDÉ Sabine, Maison de convalescence Ermitage Sainte Thérèse, CHAVILLE

Mme GABA Chantal, Hôpital Beaujon (APHP), CLICHY

Mme KERIGNARD Brigitte, Centre hospitalier de Versailles – Hôpital André Mignot, LE CHESNAY

Mme DELORD Marie-Jeanne, Maison de la Convalescence de la Fondation – Hôpital Saint-Joseph, SAINT-BRICE-SOUS-FORÊT

M. HARLINGUE Jean-Dominique, Hôpital BROCA La Rochefoucault, PARIS

M. DELLEMME Yves, Centre de Rééducation Fonctionnelle Mer Air Soleil , COLLIOURE

Mme CALMETTES Simone, Clinique du Pré, THEZA

Mme FIALIL Mady, Hôpital Local de Bort-Les-Orgues, BORT-LES-ORGUES Mme SAUVIAT Monique, Hôpital de Brive-La-Gaillarde, BRIVE

Mme LENOIR Josette, Centre hospitalier, GUERET

M. CASSIER Jacky, Centre hospitalier, GUERET

Mme COUDERT Stéphanie, Santé Service Limousin, LIMOGES

Mme le Dr HLADYSZ Anastasia, Centre hospitalier d'Esquirol, LIMOGES

M. le Dr BLANC Patrick, Hôpital universitaire Dupuytren, LIMOGES

Mme le Dr MARNEIX Françoise, Hôpital universitaire Dupuytren, LIMOGES

Mme PERY Marie-José, Hôpital Docteur René Barrière, SAINT-LEONARD-DE-NOBLAT

M. PICOT Philippe, Hôpital Docteur René Barrière, SAINT-LEONARD-DE-NOBLAT

Mme MONCOURRIER Christine, Centre hospitalier d'USSEL, USSEL

Mme ROYER Marie-Thérèse, Centre hospitalier, BAR-LE-DUC

M. STEITZ Serge, Hôpital de Freyming-Merlebach, FREYMING-MERLEBACH

Mme VOLFF Dominique, Centre Alexis Vautrin, VANDŒUVRE-LES-NANCY

Mme BROCQUEVIELLE Catherine, Fondation Bon Sauveur d'ALBY, ALBI

M. GENDRE Jean-Philippe, Centre hospitalier de Montauban, MONTAUBAN

Mme CARRERES Isabelle, Clinique Château de Seysses, SEYSSSES

Mme CARRERES Sabrina LE NEPVOU, Clinique Château de Seysses, SEYSSSES

M. le Dr PUEL Jacques, Centre hospitalier universitaire – Hôpital de Ranguel, TOULOUSE 9

Mme PINEY Marie, Clinique du Château de Vernhes, BONDIGOUX

Melle BEGHDADI Nacera, Polyclinique du Bois, LILLE

Melle FRERE Sandrine, Pavillon de la Sainte-Famille, LILLE

Mme GOURDIN Juliana, Centre hospitalier de Denain, DENAIN

Mme KELLER Pascale, Centre hospitalier de Fourmies, FOURMIES

Mme CONSIL Jacqueline, Polyclinique de la Louvière, LILLE

M. le Dr DELAUP J.P., Centre hospitalier du Pays d'Apt, APT

Mme REY Ghislaine, Centre hospitalier d'Avignon, AVIGNON

Mme BLANC-GRANOUILLET Rolande, Centre Médical Chantoiseau/Fondation Edith Seltzer, BRIANÇON

Mme MALET Violaine, Centre hospitalier de Carpentras, CARPENTRAS

Mme ROSTAING Régine, Centre hospitalier de DIGNE LES BAINS, DIGNE-LES-BAINS

M. CHATELAIN Michel, Centre Médical MGEN Pierre CHEVALIER, HYÈRES

Mme KLAWSKI Annie, Centre de Gériatrie Beauséjour, HYÈRES

Mme RAMELLO Sylvette, Hôpital Public Beauregard, MARSEILLE

Mme STROUK Joëlle, Polyclinique Clairval, MARSEILLE

Mme DUCHENE C., Hôpital Ambroise Paré, MARSEILLE

Mme POLI Martine, Hôpital Ambroise Paré, MARSEILLE

Mme CASTEX Fabienne, Centre Cardio-vasculaire Valmante, MARSEILLE

M. le Dr PASCAL Bruno, HIA – Service des Armées, MARSEILLE Armées

Mme CLAVREUL Fabienne, Centre hospitalier Salon de Provence, SALON-DE-PROVENCE

M. le Dr TESSON Hubert, Centre hospitalier Départemental La Roche Sur Yon-Luçon-Montaigu, LA ROCHE-SUR-YON

Mme MOSSARD Maryse, Centre René Gauducheau, SAINT-HERBLAIN

Mme LEFEBVRE Annick, Centre hospitalier de Compiègne, COMPIÈGNE

Mme le Dr GÉRARD Sylvie, Centre de Réadaptation Fonctionnelle Le Belloy – Centre Le Belloy, SAINT-OMER-EN-CHAUSSÉE

Mme BELL Maï, Centre hospitalier, SOISSONS

M. le Dr ROCHE Didier, Hôpitaux du Sud Charente, BARBEZIEUX-SAINT-HILAIRE

Mme DEVAINE Colette, Centre hospitalier LABAJOUDERIE, CONFOLENS

Mme ROUX Jocelyne, Centre hospitalier Saint-Louis, LA ROCHELLE

Mme MAURIN Dominique, Centre hospitalier universitaire de Nice, Hôpital de Cimiez, NICE

M. AVRIL François, Centre hospitalier Henri Laborit, POITIERS

Mme AUBENEAU Christine, Centre hospitalier universitaire, POITIERS

Mme JUILLE M. C, Centre hospitalier, ROCHEFORT-SUR-MER

Mme LAMBERT Marie, Centre hospitalier de Saint-Jean d'Angely, SAINT-JEAN-D'ANGÉLY

Mme DURIVALT Johanne-Marie, Centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres, PARTHENAY

Mme BARTHE Juliette, Polyclinique de Poitiers, POITIERS

Mme GALLAY Frédérique, Centre hospitalier de la Région d'Annecy, ANNECY

Mme DALVERNY Christine, Centre hospitalier d'Annonay, ANNONAY

Mme COZON Christine, Centre hospitalier Le Vinatier, BRON

M. BEAUMONT Laurent, Centre hospitalier Le Vinatier, BRON

Mme PEZANT Christine, Clinique LE SERMAY, HAUTEVILLE-LOMPNES

Mme LOPEZ JG., Centre hospitalier Lyon Sud, PIERRE-BÉNITE

Mme CHAIX Martine, Centre hospitalier de Romans – Hôpitaux Drôme Nord, ROMANS-SUR-ISÈRE