



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

RAPPORT DE L'EXPÉRIMENTATION NATIONALE
AUDIT CLINIQUE CIBLÉ APPLIQUÉ À LA POSE ET
SURVEILLANCE DES SONDES URINAIRES

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	5
3.1 Les ACC réalisés par région, par type d'ES et par catégorie de professionnels.....	5
3.1.1 Engagement dans la démarche décembre 2004	5
3.1.2 Participation au tour 1	6
3.1.3 Participation des établissements au tour 1 et tour 2 par ACC	7
3.1.4 Nombre de rapports réalisés	7
3.2 La formation organisée par la HAS.....	8
3.3 La planification du projet.....	9
4. Les résultats et leur analyse par ACC	10
5. Les actions d'amélioration mises en place par ACC	20
6. Conclusion.....	24
6.1 Évolution de l'outil.....	24
6.2 Validation de la méthode et pour le thème de la DPA	24
Annexes.....	25
Annexe 1 – Fiche Méthode.....	25
Annexe 2 – Documents (Source : cédérom ACC 2005)	27
Références	36
Participants.....	37

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 2000 le service d'évaluation des pratiques de l'Anaes a accompagné 18 établissements dans la France entière dans une démarche expérimentale d'audit clinique appliquée à la pose et la surveillance des sondes urinaires.

L'Anaes a élaboré, en décembre 1999, un guide d'évaluation des pratiques sur le thème « Qualité de la pose et de la surveillance des sondes urinaires » à partir des recommandations scientifiques et réglementaires et de l'expérience de 18 établissements de santé (ES) volontaires publics et privés qui ont testé l'application de ce guide en 2000-2001 (2).

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 d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) de la deuxième procédure d'accréditation-certification des établissements de santé (3-5).

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 sera une aide précieuse pour tous ceux qui voudront initier un projet d'amélioration de leur pratique dans ce domaine (6).

Ce document présente les résultats de ces audits cliniques ciblés et leur analyse.

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

L'infection urinaire est l'infection nosocomiale la plus fréquente.

Le sondage urinaire est un geste de soin fréquent pour lequel les études ont montré le lien de cause à effet entre la qualité de la pose, l'entretien des sondes urinaires et la survenue d'une infection.

En 2004 un audit ciblé sur ce thème a été réalisé puis testé dans 51 établissements volontaires publics et privés de santé.

Cette nouvelle méthode, appelée audit clinique ciblé, permet de segmenter la pratique à observer afin d'éviter des grilles d'évaluation trop ambitieuses par l'étendu et le nombre de critères à étudier. Nous avons donc proposé trois grilles ACC : un ACC organisationnel et deux ACC portant sur le sondage, la pose et la surveillance de la sonde urinaire.

Cette approche simplifie également le dispositif à mettre en place pour recueillir les données au cours de la phase d'auto-évaluation. En effet de nombreux établissements ont témoigné de l'intérêt à distinguer la pose, qui est souvent effectuée dans un bloc opératoire, de la surveillance réalisée en service clinique.

Cette expérimentation, conduite en 2005 par l'HAS auprès des établissements de santé, montre l'intérêt que les professionnels portent à ce thème et à la méthodologie d'amélioration des pratiques proposée ainsi que la faisabilité et l'acceptabilité de la méthode.

Ce rapport a pour but de vous présenter cette expérimentation.

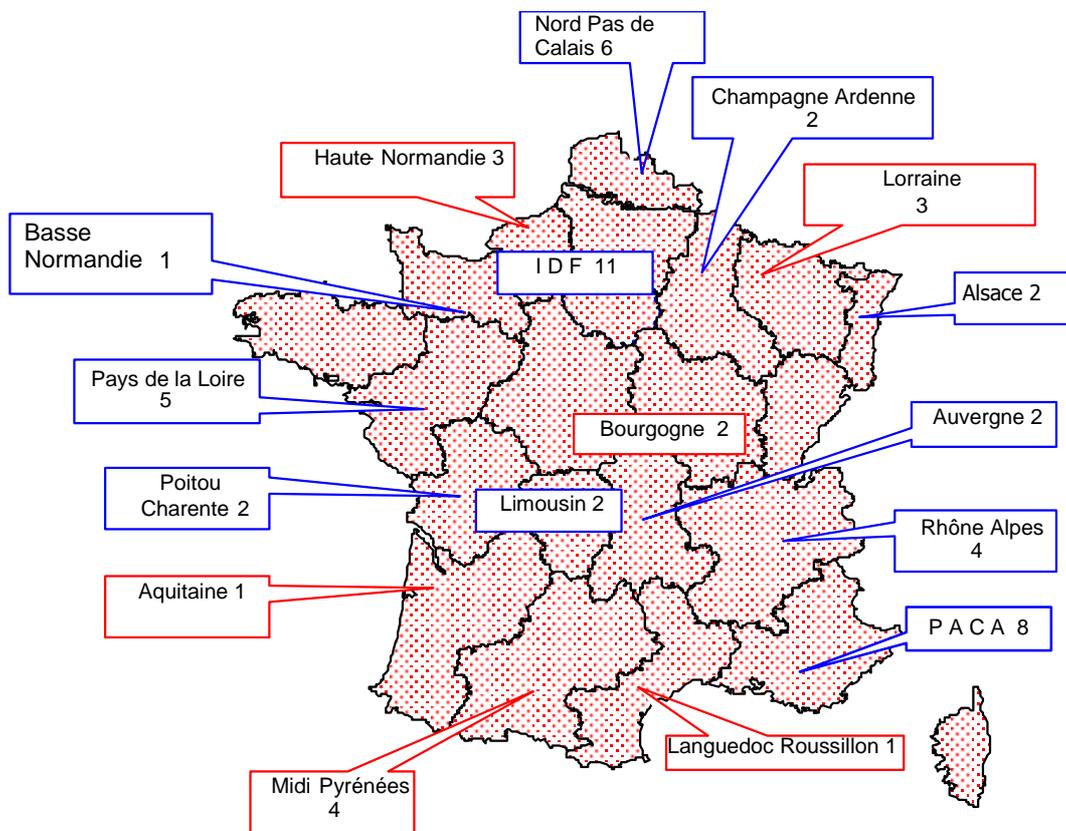
Cinq documents (rapports, articles) ont été analysés et confortent l'orientation proposée lors de l'élaboration de ce référentiel (7-11).

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

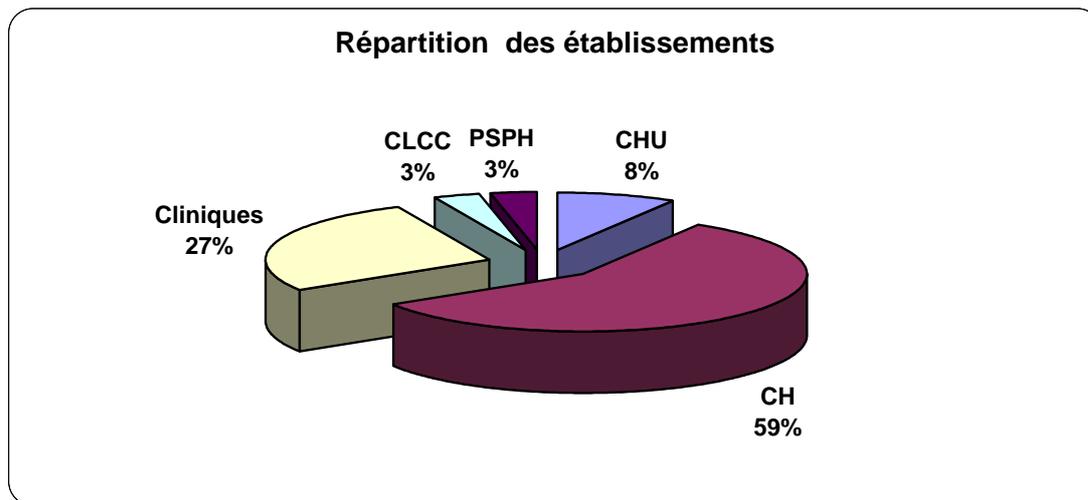
Répartition par région des établissements engagés sur le thème SU en décembre 2004



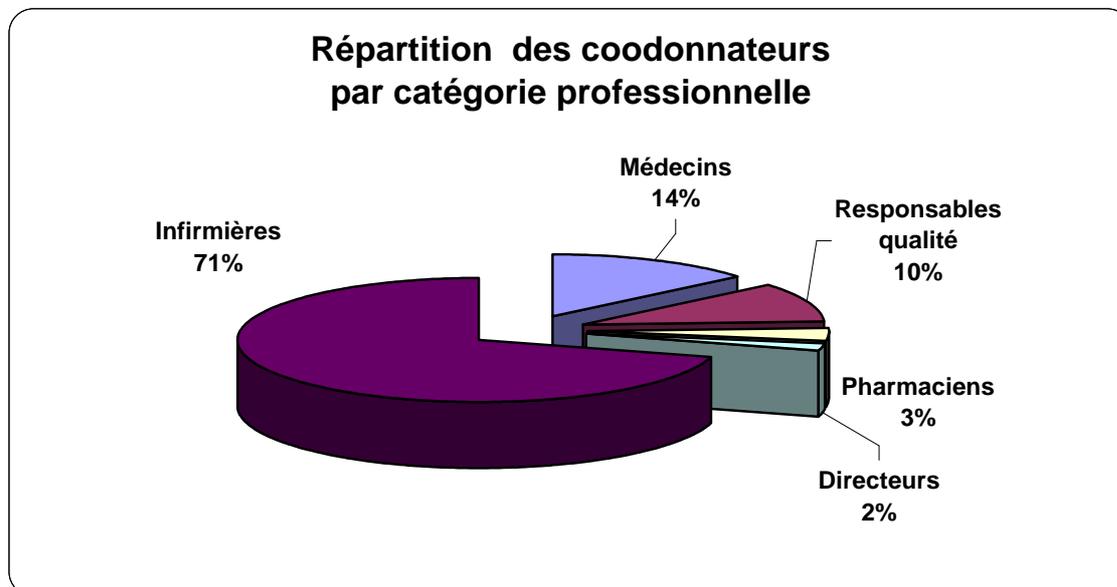
3.1.2 Participation au tour 1

Répartition des établissements ayant choisi le thème de la SU selon leur type

Au total 59 établissements de santé, publics ou privés et de différentes tailles, ont choisi de s'engager dans le programme des ACC concernant le sondage urinaire.



Répartition des coordonnateurs en établissements de santé selon leur catégorie professionnelle



La profession la plus représentée est celle d'infirmière, le thème des ACC les concernant tout particulièrement. Nous relevons une représentation d'un tiers de professionnels hygiénistes parmi les coordonnateurs, dont 18 infirmières et 3 médecins.

3.1.3 Participation des établissements au tour 1 et tour 2 par ACC

À une exception pour l'ACC surveillance, les établissements qui se sont engagés au premier tour ont réalisé l'évaluation du deuxième. Compte tenu des délais courts dont les établissements ont disposé pour réaliser l'ensemble de la démarche, ce score est tout particulièrement intéressant. Il témoigne de l'acceptation et la faisabilité de cette méthode.

	Tour 1	Tour 2
ACCorg	24	24
ACC pose	28	28
ACCsurv	34	33

Répartition des ACC par établissement

	1 – ACC	2 – ACC	3 – ACC
Établissements	17 %	33 %	50 %

50 % des établissements de santé ont choisi de réaliser un audit ciblé complet concernant le sondage urinaire en évaluant leur pratique à partir des 3 ACC proposés.

33 % des établissements ont fait le choix de réaliser l'ACC organisationnel et un des deux autres ACC et 17 % des établissements ont évalué leur pratique à partir d'un seul ACC, pose ou surveillance.

3.1.4 Nombre de rapports réalisés

54 % des établissements ont adressé un rapport à la HAS à la fin de la deuxième évaluation.

12 établissements ont rédigé un seul rapport pour au moins deux ACC, tandis que 10 établissements ont rédigé un rapport par ACC. Au total pour les 97 ACC réalisés 67 ont fait l'objet d'un rapport ce qui représente 79 % des ACC se concluant par un rapport.

Répartition des ACC ayant fait l'objet d'un rapport

	ACC Org	ACC Pose	ACC Surv
ACC Réalisé	26	27	32
Rapport formalisé	18	23	26
Total	69 %	85 %	81 %

La rédaction d'un rapport à la fin du second tour est indispensable à toute démarche d'amélioration continue des pratiques professionnelles. Il est la mémoire collective du travail réalisé. Il permet de connaître ce qui a été fait, par qui, comment, pourquoi et valorise les professionnels qui se sont impliqués dans la démarche de l'ACC.

Dans le cadre de la certification version 2 des établissements de santé, il témoigne d'une action d'amélioration des pratiques et de ce fait permet de satisfaire à une des exigences du chapitre 4 portant sur l'évaluation des pratiques professionnelles.

3.2 La formation organisée par la HAS

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

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

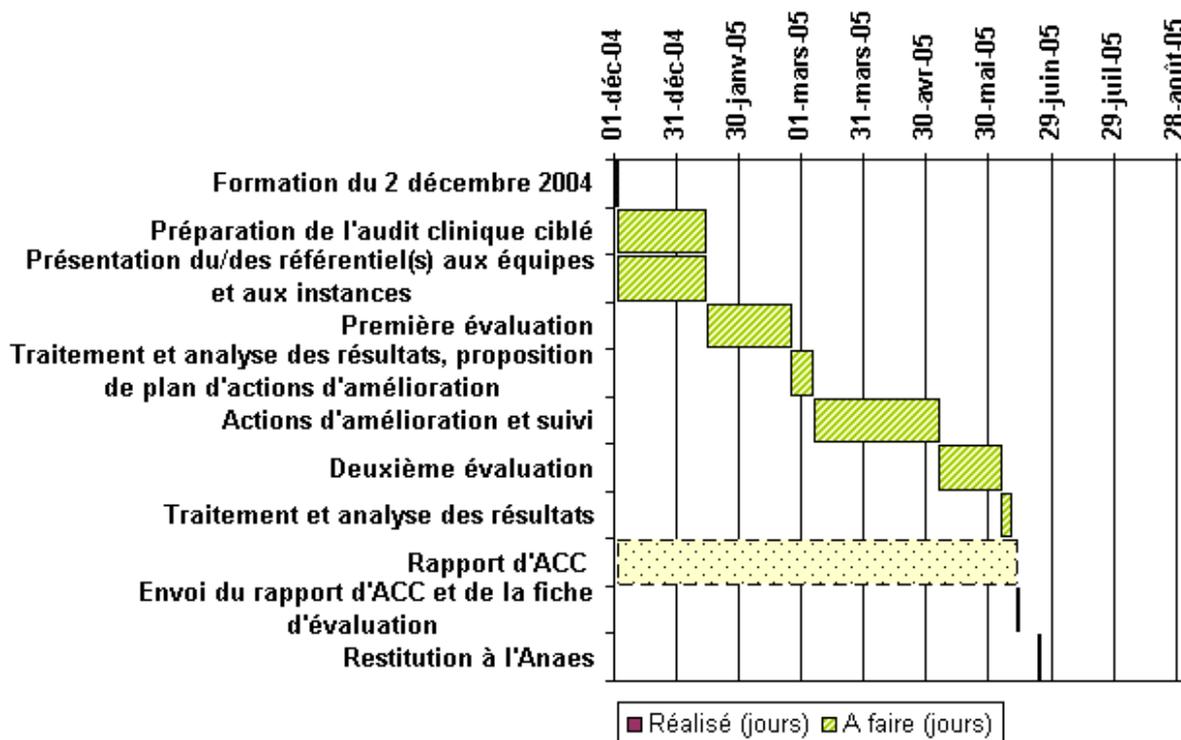
La première partie de cette formation a présenté la méthode et le déroulement du programme expérimental à l'ensemble des établissements.

Les référents ACC, thème et méthode, ont assuré en ateliers la seconde partie spécifique des 8 thèmes proposés. 43 coordonnateurs ont participé à l'atelier SU, en fonction du thème choisi par son 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 proposé (référentiel : protocole, guide, grille) et la manipulation du cédérom : diaporama et grille en fonction des ACC choisis dans leur établissement.

3.3 La planification du projet

Calendrier de l'expérimentation de l'Audit Clinique Ciblé



La planification est un élément fondamental de la réussite du projet. Elle présente les différentes étapes dans le temps et permet d'en suivre pas à pas l'avancement et d'ajuster autant que besoin le dispositif mis en œuvre.

Elle est souvent un élément majeur de communication interne à l'établissement à l'intention des équipes impliquées dans la phase d'évaluation de la pratique.

4. Les résultats et leur analyse par ACC

► Présentation des trois ACC :

1 SUorg : Améliorer l'organisation du sondage urinaire (5 critères)

- ✓ C1 : Recommandation écrite choix du matériel
- ✓ C2 : Protocole existant
- ✓ C3 : Protocole validé par le CLIN
- ✓ C4 : Protocole accessible
- ✓ C5 : Protocole révisé

2.SUpos : Améliorer la qualité de la pose de la sonde urinaire (11 critères)

- ✓ C1 : Indication connue
- ✓ C2 : Choix de sonde selon la durée
- ✓ C3 : Toilette savon doux par le patient
- ✓ C4 : Gants et champ stérile
- ✓ C5 : Toilette savon antiseptique par le soignant
- ✓ C6 : Matériel : dose unique de crème lubrifiante
- ✓ C7 : Dispositif stérile et clos
- ✓ C8 : Ballonnet gonflé eau stérile
- ✓ C9 : Fixation évitant reflux
- ✓ C10 : sac déclive sans contact sol
- ✓ C11 : date pose, type sonde et charrière retrouvés

3.SUsur : Améliorer la surveillance de la sonde urinaire (8 critères)

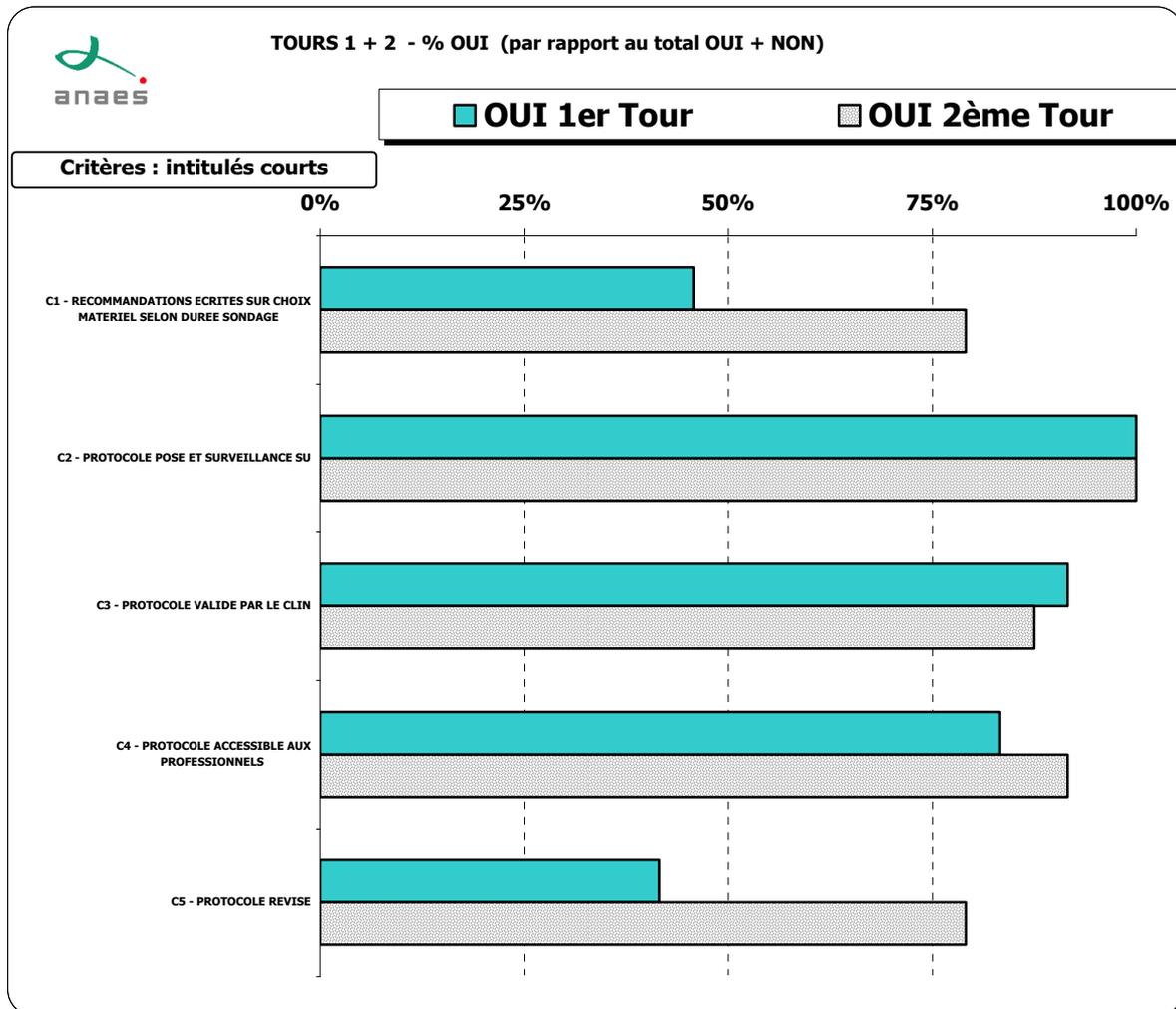
- ✓ C1 : Nettoyage savon quotidien
- ✓ C2 : Fixation permet libre écoulement et évite traction
- ✓ C3 : Sac déclive sans contact sol
- ✓ C4 : Système drainage maintenu clos
- ✓ C5 : Diurèse des 24 heures et surveillance température
- ✓ C6 : Vidange aseptiquement par robinet évacuation
- ✓ C7 : Anomalies et signes complications dépistés et signalés
- ✓ C8 : Prélèvement aseptique sans rupture système clos

Parmi les établissements de santé engagés dans l'évaluation tour 1, 6 % (3 établissements) ont obtenu une conformité totale au protocole d'évaluation (soit aucune réponse NON).

Au second tour, la pratique était entièrement conforme pour 30 % des établissements (10 établissements).

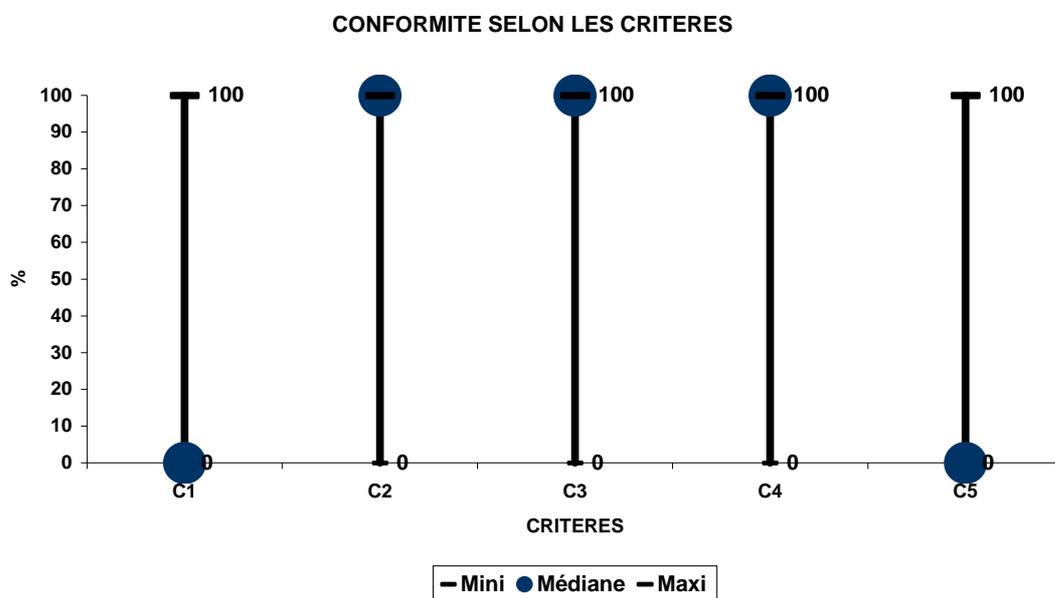
► SUorg (organisation)

Présentation des scores obtenus par critère et par comparaison tour 1 et tour 2



Présentation des niveaux de conformité des critères au tour 1 et au tour 2 sur l'ensemble des établissements

ACC : Organisation des sondes urinaires Tour 1

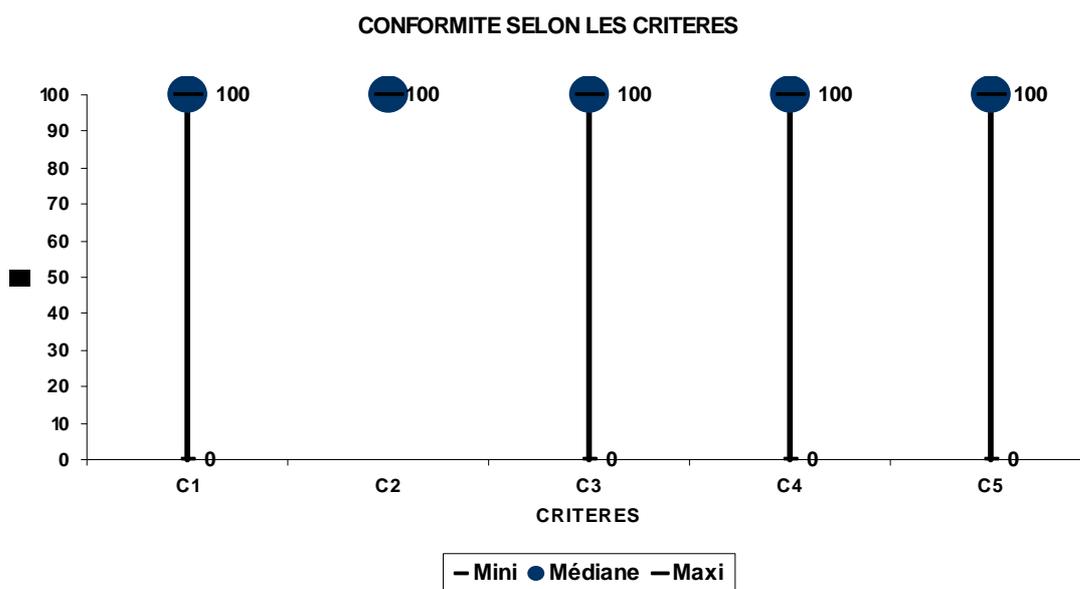


Répartition du pourcentage de conformité selon les critères par service.

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

ACC : Organisation des sondes urinaires Tour 2

Répartition du pourcentage de conformité selon les critères par service.



Discussion des résultats

Concernant l'ACC organisation du sondage urinaire, nous avons une réponse par établissement soit 24.

2 établissements n'avaient pas de protocole écrit, et 6 ont une réponse conforme aux 5 critères

La très grande majorité des établissements a rédigé un protocole de pose et surveillance du sondage urinaire (23/24). Ce protocole est généralement validé par le CLIN (21/24).

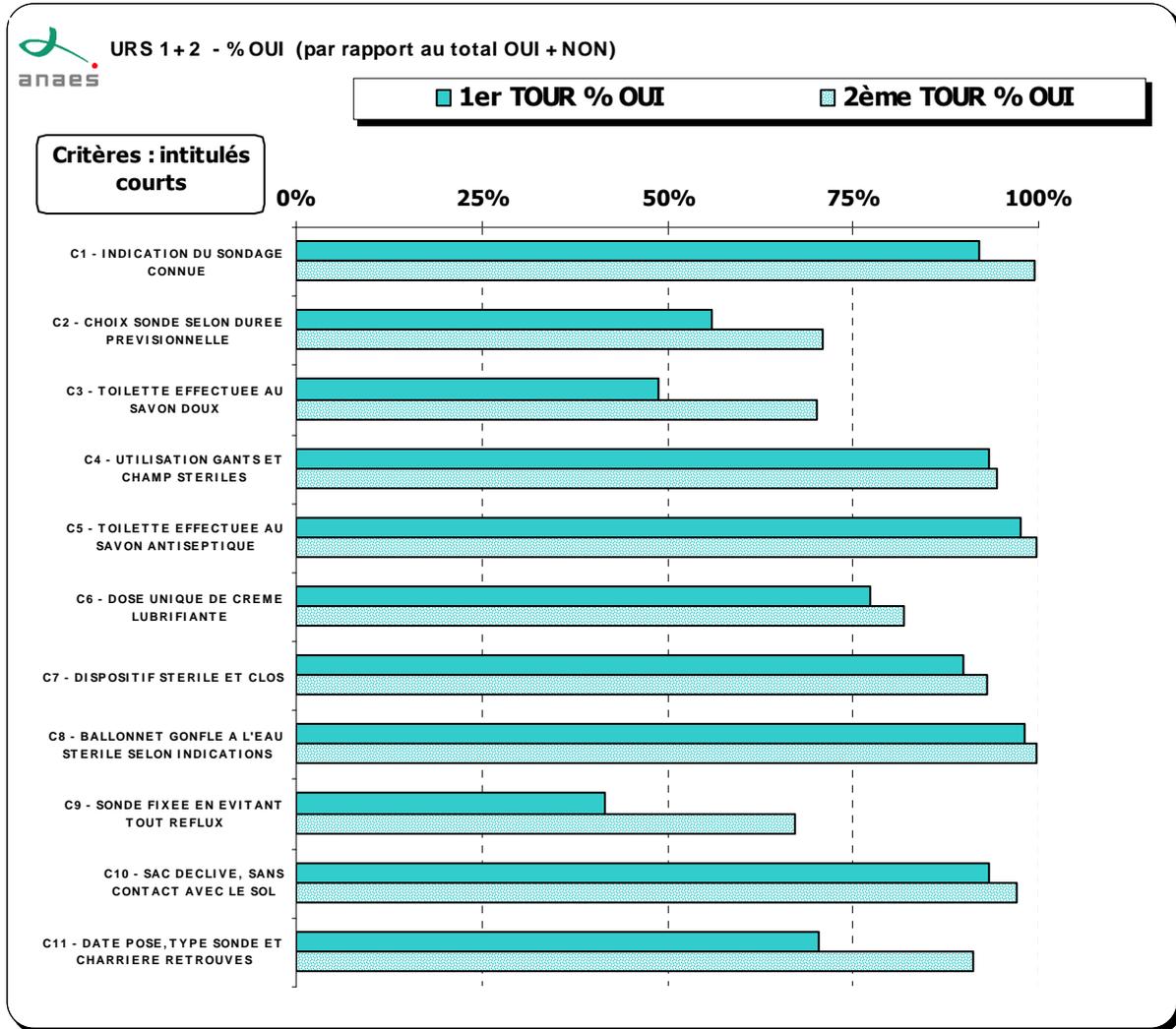
En revanche la périodicité de révision du protocole n'était pas prévue au tour 1 pour 62 % des établissements

Les critères C1 portant sur la recommandation écrite du choix du matériel et C5 portant sur la périodicité de révision du protocole sont les deux critères qui ont obtenu le score d'amélioration le plus élevé au second tour.

Le critère C3 questionnant la validation par le CLIN, a perdu en taux de conformité (- 6 %) au second tour. Cet écart s'explique par les délais contraints qui n'ont pas permis dans tous les établissements d'avoir le temps de faire valider le nouveau protocole par le CLIN. En revanche dans les commentaires il est signalé que la démarche est en cours.

► SUpOS

Présentation des scores obtenus par critère et par comparaison tour 1 et tour 2

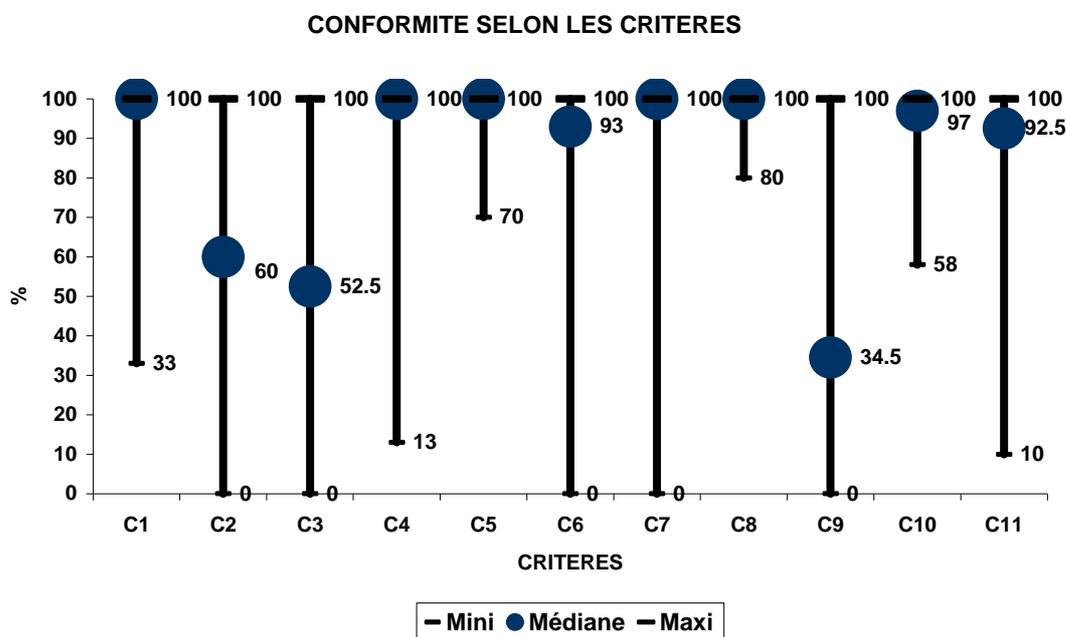


Document généré à partir d'un outil issu du cédérom expérimental, élaboré par l'Anaes en 2004.

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

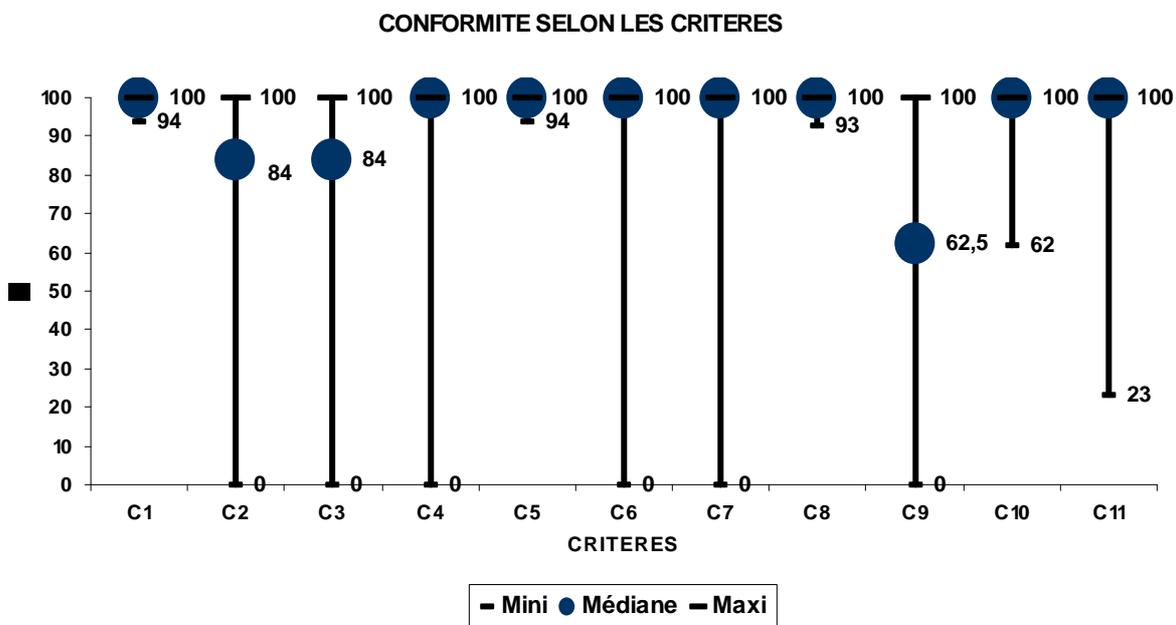
Présentation des niveaux de conformité des critères au tour 1 et au tour 2

ACC : Pose des sondes urinaires Tour 1



Répartition du pourcentage de conformité selon les critères par service.

ACC : Pose des sondes urinaires Tour 2



Répartition du pourcentage de conformité selon les critères par service.

Discussion des résultats

Les 28 établissements engagés sur cet ACC ont tous réalisé les deux tours d'évaluation de l'audit clinique ciblé. Certains établissements ont proposé cet ACC à plusieurs services d'où un nombre de 32 grilles exploitées. Au second tour, les équipes ont mentionné avoir moins de situations de pose de sonde à observer.

L'amélioration de la formalisation de l'indication est sans aucun doute un élément explicatif de la diminution de la fréquence de l'acte au tour 2.

Le critère C9 est le critère le plus déficitaire. Les professionnels n'ont pas intégré dans leur pratique la nécessité de fixer la sonde de sorte à éviter le risque de reflux et de tension de la sonde. Cette observation est encore plus significative lorsque la sonde est posée par les équipes de bloc opératoire. L'absence d'un moyen satisfaisant de fixation de la sonde notamment chez les hommes est présentée comme la difficulté majeure par la majorité des équipes.

Le critère C2, reprenant la recommandation d'utilisation d'un savon doux pour la première toilette de la zone génito-urinaire, obtient également un taux de conformité légèrement inférieur à 50 %. La plupart des équipes évaluées réalisent la toilette mais trop souvent avec un savon antiseptique.

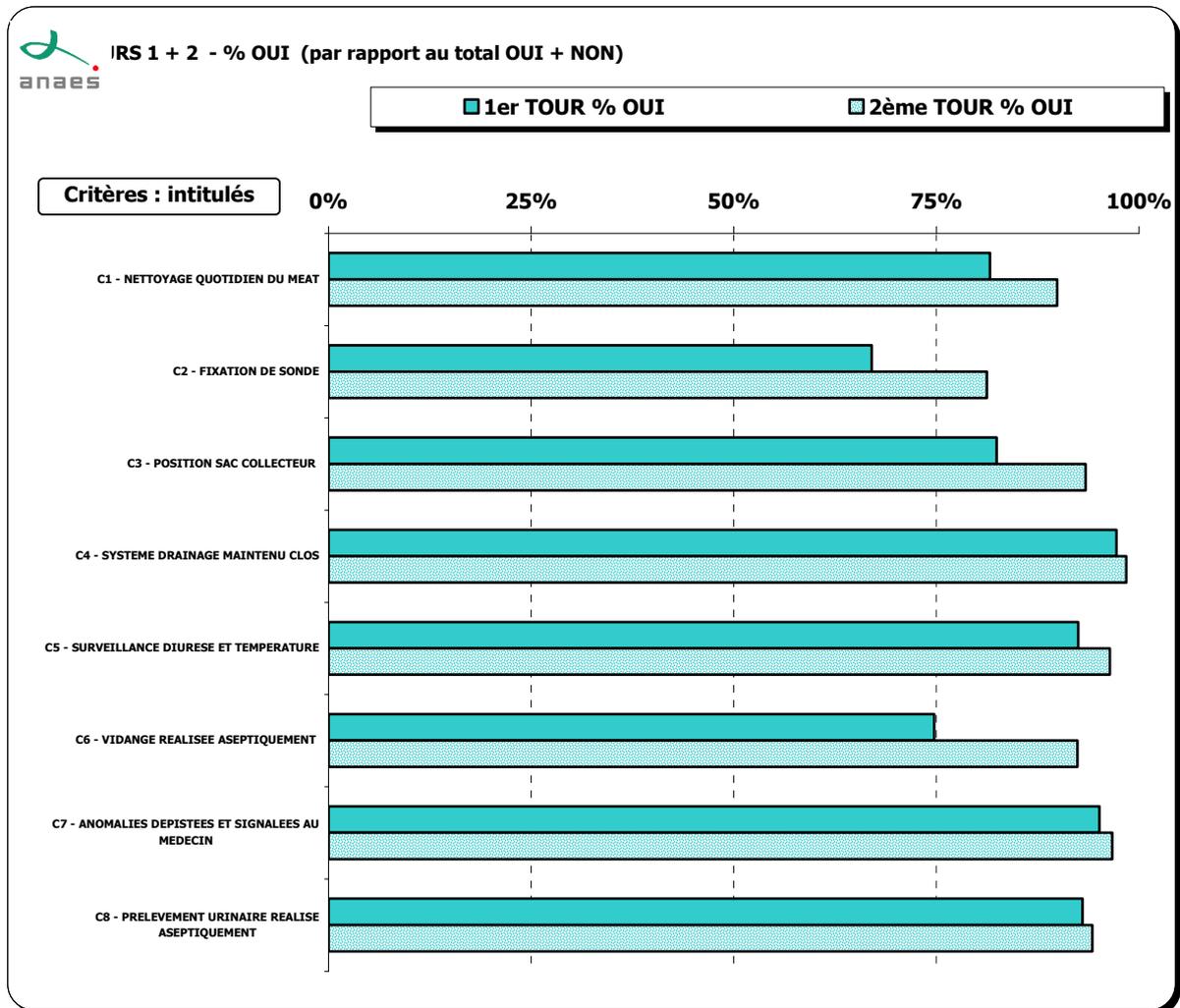
Les critères portant sur les éléments de traçabilité, utiles à la compréhension de l'acte, C1 (indication), C2 (choix de la sonde) et C11 (information sur la pose) sont insuffisamment retrouvés dans le dossier du patient.

5,87 % des établissements obtiennent une conformité dès le premier tour à l'ensemble des critères de cet ACC.

Nous observons pour les critères C9 et C3 la plus forte amélioration, de l'ordre d'un peu plus de 20 %.

Les éléments de traçabilité dans le dossier du patient ont également connu au second tour une hausse importante (C2 17 %, C11 15 %, C1 7 %) montrant l'impact des actions correctives mises en œuvre.

► **SU**sur



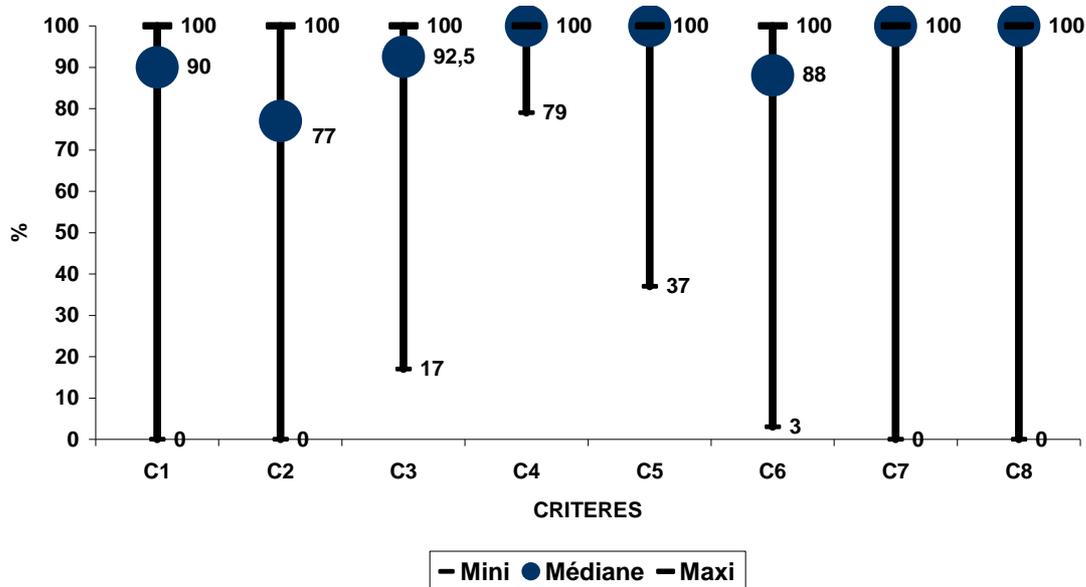
Document généré à partir d'un outil issu du cédérom expérimental, élaboré par l'Anaes en 2004.

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

Présentation des niveaux de conformité des critères au tour 1 et au tour 2

ACC : Surveillance des sondes urinaires Tour 1

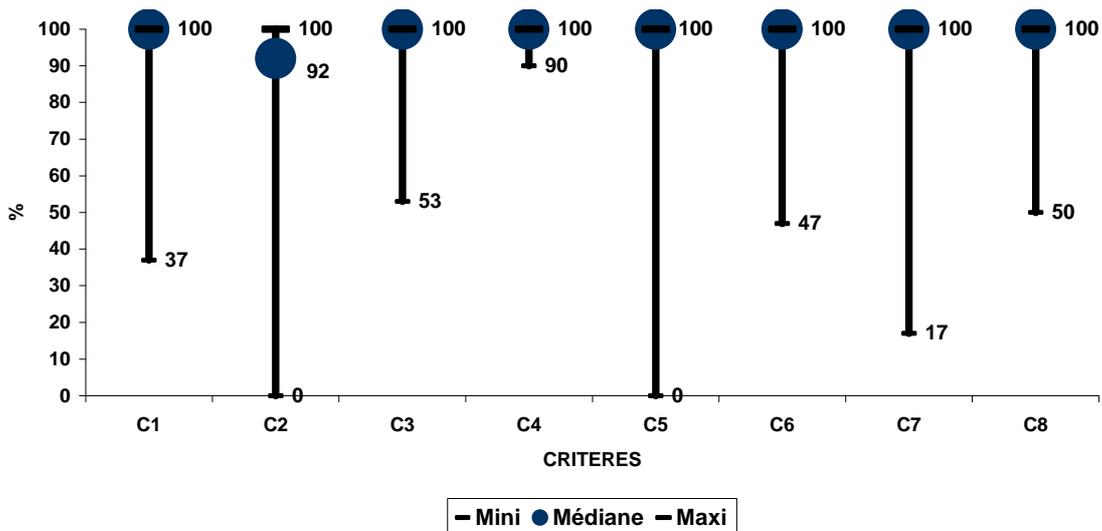
CONFORMITE SELON LES CRITERES



Répartition du pourcentage de conformité selon les critères par service.

ACC : Surveillance des sondes urinaires Tour 2

CONFORMITE SELON LES CRITERES



Répartition du pourcentage de conformité selon les critères par service.

Discussion des résultats

Le critère C2 (fixation de la sonde) est, là encore, le critère le plus déficitaire. Ce résultat est en cohérence avec l'observation faite lors de la pose.

La position du sac collecteur, critère C3, a également fait l'objet de nombreux commentaires. Les sacs collecteurs sont en contact avec le sol en particulier lorsque les lits à hauteur variable sont en position basse.

Nous observons que les critères portant sur les éléments cliniques de surveillance du patient obtiennent des scores élevés. Les équipes cherchent à détecter précocement tous signes d'anomalies présentées par le patient.

Ce sont les critères déficitaires qui enregistrent la plus forte correction. À souligner le critère C6 vidange aseptique qui a fait l'objet d'une forte contribution à l'amélioration de la conformité des critères de l'ACC surveillance.

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

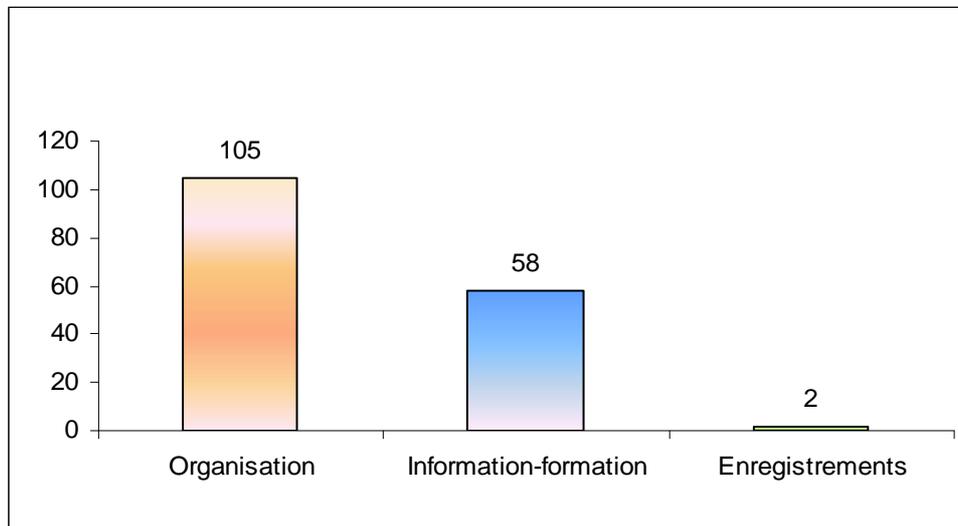
À partir des 54 rapports d'ACC analysés, 165 actions d'améliorations ont été identifiées avec un nombre moyen de 3 actions par rapport d'ACC.

Ces actions ont été regroupées en catégories et dans chaque catégorie en types.

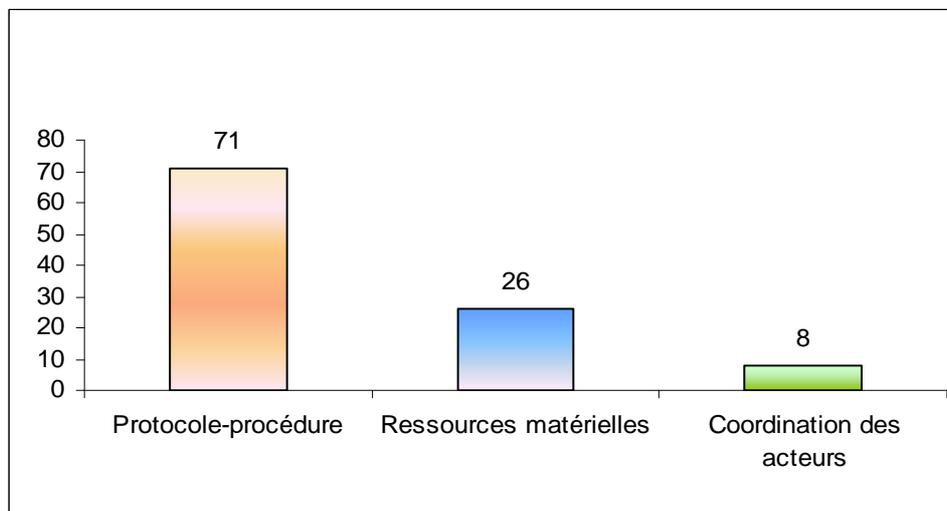
Analyse des actions

Répartition des actions par ACC

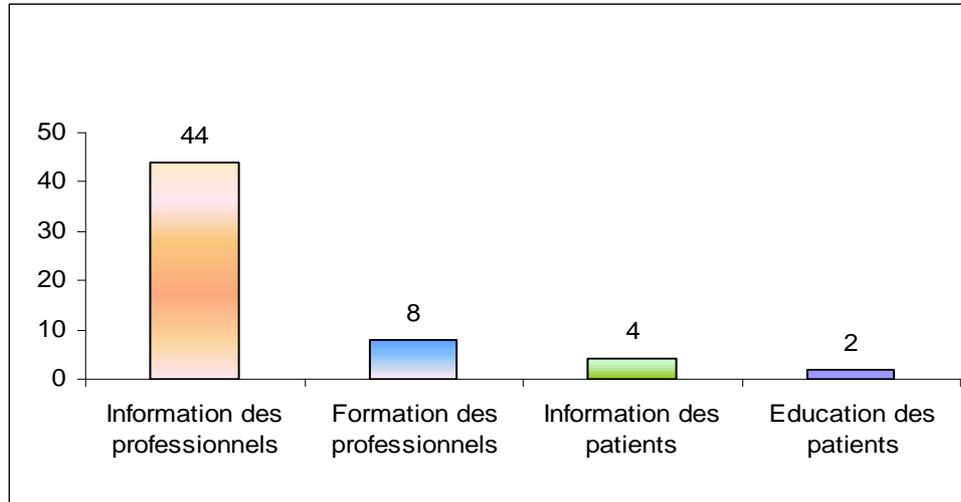
Répartition des actions d'amélioration par catégorie



Nombre d'actions par type « organisation »



Nombre d'actions par type « information-formation »



Répartition des actions d'amélioration par catégorie

Cent cinq actions d'amélioration portaient sur l'organisation, soixante et onze concernaient les procédures ou protocoles, vingt-six les ressources matérielles et huit la coordination des acteurs. Cinquante-huit actions portaient sur l'information-formation, il est à noter que les actions d'amélioration ont aussi porté sur l'information et l'éducation des patients (6) qui prouve le rôle actif que les patients doivent prendre dans cette démarche de soins.

Deux actions seulement portent sur la traçabilité des dispositifs prouvant que les problèmes d'organisation et de formation-information sont tellement nombreux et importants à résoudre avant de passer à un autre stade qui cible, lui, plus la technique et le soin en lui-même.

Les critères faisant le plus l'objet d'actions d'amélioration

La liste des critères qui ont donné lieu au plus grand nombre d'actions par ACC est la suivante :

• SU Organisation :

Critère 1 : « Il existe des recommandations écrites sur le choix du matériel en fonction de la durée prévisible du sondage » (42,1 %).

Critère 5 : « Le protocole est révisé à périodicité définie et en cas de besoin » (31,6 %).

• SU Pose :

Critère 2 : « Le choix de la sonde est réalisé selon la durée prévisionnelle du sondage » (24 %).

Critère 9 : « La sonde est fixée à la cuisse ou à l'abdomen en évitant tout reflux » (22,4 %).

Critère 3 : « Une toilette de la zone génito-urinaire est effectuée avec du savon doux » (14,9 %).

• SU Surveillance :

Critère 1 : « Le nettoyage du méat urinaire est effectué à l'eau et au savon doux, quotidiennement » (27,3 %).

Critère 2 : « La fixation de la sonde permet le libre écoulement des urines et évite la traction sur l'urètre » (25 %).

Critère 6 : « La vidange du sac collecteur est réalisée aseptiquement par le robinet d'évacuation » (22,7 %).

Quand on étudie les actions d'amélioration du point de vue qualitatif, on retrouve principalement :

Pour l'audit clinique ciblé SUorg :

1. Insertion dans le protocole de la partie surveillance des sondes urinaires absente à ce jour.
2. Instauration d'un partenariat avec le CLIN allant au-delà de la validation des protocoles.
3. Organisation d'un groupe de travail pour la révision périodique de l'ensemble des protocoles de l'établissement.

Pour l'audit clinique ciblé Supos :

1. Nécessité d'une révision périodique des protocoles.
2. Inclusion dans le protocole de la « toilette au savon doux » obligatoire.
3. Achat de systèmes clos scellés afin d'éviter les déconnexions accidentelles.
4. Formation des personnels à l'application des protocoles.

Pour l'audit clinique ciblé Susur :

1. Achat de systèmes clos scellés pour éviter les déconnexions accidentelles.
2. Achat de jarretières pour éviter le contact avec le sol.
3. Formation des personnels à l'application des protocoles.
4. Surveillance de la diurèse et de la température y compris pour les patients ayant une sonde à demeure en SSR et en long séjour.

Le travail de l'ensemble des établissements ayant participé aux audits ciblés « sondes urinaires » nous a permis de faire évoluer le protocole des ACC : avec un ajout dans les critères d'exclusion qui sont les patients porteurs d'une « sonde à double courant » ainsi que le guide d'utilisation : au niveau du critère n°3 : une toilette de la zone génito-urinaire est réalisée au savon doux : répondre non si la toilette est réalisée au bloc opératoire (en le spécifiant dans la zone « commentaires »).

6. Conclusion

6.1 Évolution de l'outil

Grâce à la contribution des professionnels de terrain qui ont expérimenté l'ACC sondage urinaire et aux discussions réalisées avec les coordonnateurs des établissements, lors des ateliers de la restitution nationale du 23 juin 2005, nous avons modifié les outils du cédérom.

C'est donc un outil affiné au contact du terrain qui est mis à disposition des professionnels des établissements de santé qui en font la demande Bon de commande_CDRACC.doc

6.2 Validation de la méthode et pour le thème de la DPA

L'expérimentation a permis de valider la méthode (voir annexe : la fiche méthode Audit clinique ciblé).

62 % des ES qui se sont engagés 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 PV).

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, miniaudit, 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 ACC 2005)

PROTOCOLE DE L'AUDIT CLINIQUE CIBLÉ Audit organisationnel : l'organisation n°1 (SUorg)

Préambule

Ce protocole est issu de celui qui a été élaboré lors de l'expérimentation à l'échelon national de l'audit clinique dans les établissements de santé en 2000-2001 intitulé : *Audit clinique appliqué à la qualité de la pose et de la surveillance des sondes urinaires*.

En fonction du contexte de l'établissement, du risque encouru par les patients, des objectifs poursuivis, il est possible de sélectionner un ou plusieurs segments du processus parmi les trois ACC proposés :

- **améliorer l'organisation du sondage urinaire dans un établissement de soins (existence d'un protocole, validation du CLIN...). La grille doit être remplie une seule fois pour l'ensemble de l'établissement audité ;**
- **améliorer la qualité de la pose de la sonde urinaire ;**
- **améliorer la surveillance des patients sondés.**

L'ACC organisationnel donne des informations sur le contexte organisationnel par rapport au thème au moment de la réalisation des ACC. Il est vivement conseillé de le réaliser avant de commencer les ACC de pratique.

1. Le champ d'application

L'évaluation porte sur la qualité de la surveillance des patients porteurs d'une sonde urinaire. Elle ne porte ni sur l'indication ni sur le traitement des complications.

2. Les critères d'exclusion

Sont exclus de l'étude les patients âgés de moins de 16 ans, les sondages intermittents et les autosondages.

3. Le type d'étude

L'évaluation des pratiques professionnelles, centrée sur la qualité de la surveillance des patients porteurs d'une sonde urinaire, implique l'utilisation de l'approche prospective (au fur et à mesure que les patients sont sondés).

4. Les sources et les modes de recueil

Le recueil des données est assuré par des personnes mandatées, formées, concernées par l'étude (infirmières, infirmières hygiénistes, cadres infirmiers...).

La source d'information est le dossier du patient (transmissions écrites complètes : indication du sondage vésical, date de la pose, durée de sondage).

L'étiquette du patient ou les données permettant l'identification du dossier sont destinées uniquement à la validation des informations contenues dans le dossier :

utiliser une grille par patient ;

numéroter les grilles par ordre chronologique d'admission ;

répondre à chaque critère par OUI ou par NON.

La réponse NA (Non applicable) est possible dans les séquences « surveillance des patients sondés ». Elle doit faire l'objet d'un commentaire.

5. La taille de l'échantillon

30 auto-évaluations pour la surveillance de la sonde urinaire.

6. La période d'évaluation

6 semaines

GRILLE DE RECUEIL DES DONNÉES
Audit organisationnel : l'organisation n°1 (SUorg)

À remplir une fois par établissement/ou secteur d'activité en équipe pluridisciplinaire

Date : ... Établissement/secteur d'activité : ...
 Nom du coordonnateur : ...

OBJECTIF : améliorer l'organisation du sondage urinaire dans un établissement de santé					
N°	CRITERES	OUI	NON	NA	COMMENTAIRES
1	Il existe des recommandations écrites sur le choix du matériel en fonction de la durée prévisible du sondage urinaire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2	Il existe un protocole pour la pose et la surveillance des sondes urinaires.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3	Le protocole est validé par le CLIN.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4	Le protocole est accessible à tous les professionnels concernés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5	Le protocole est révisé à périodicité définie et en cas de besoin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

GUIDE D'UTILISATION DE LA GRILLE DE RECUEIL
Audit organisationnel : l'organisation n°1 (SUorg)

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

Critère 1 **Il existe des recommandations écrites sur le choix de matériel en fonction de la durée prévisible du sondage urinaire.**

Cocher **NON** si les recommandations ne sont pas écrites.

Critère 2 **Il existe un protocole pour la pose et la surveillance des sondes urinaires.**

Répondre **NON** si le protocole n'aborde pas les deux sujets.

Critère 3 **Ce protocole est validé par le CLIN.**

Répondre **NON** si la validation n'apparaît pas dans un document du CLIN ou sur le protocole.

Répondre **NA** si la réponse est NON au critère 2.

Critère 4 **Ce protocole est accessible à tous les professionnels concernés.**

Répondre **NON** si l'accessibilité n'est pas immédiate, si le protocole n'est pas à la disposition des utilisateurs dans leur pratique quotidienne.

Répondre **NA** si la réponse est NON au critère 2.

Critère 5 **Ce protocole est révisé à périodicité définie, et en cas de besoin.**

Répondre **NON** si les deux critères ne sont pas remplis ; périodicité connue mais pas de révision si besoin (rupture de matériel référencé...).

Répondre **NA** si la réponse est NON au critère 2.

PROTOCOLE DE L'AUDIT CLINIQUE CIBLÉ

Audit de pratiques : pose des sondes urinaires n°2 (SUpos)

Préambule

Ce protocole est issu de celui qui a été élaboré lors de l'expérimentation à l'échelon national de l'audit clinique dans les établissements de santé en 2000-2001 intitulé : *Audit clinique appliqué à la qualité de la pose et de la surveillance des sondes urinaires*.

En fonction du contexte de l'établissement, du risque encouru par les patients, des objectifs poursuivis, il est possible de sélectionner un ou plusieurs segments du processus parmi les trois ACC proposés :

1. **améliorer l'organisation du sondage urinaire dans un établissement de soins (existence d'un protocole, validation du CLIN...).** La grille doit être remplie une seule fois pour l'ensemble de l'établissement audité :
 - améliorer la qualité de la pose de la sonde urinaire ;
 - améliorer la surveillance des patients sondés.

L'ACC organisationnel donne des informations sur le contexte organisationnel par rapport au thème au moment de la réalisation des ACC. Il est vivement conseillé de le réaliser avant de commencer les ACC de pratique.

7. Le champ d'application

**L'évaluation porte sur la qualité de la pose d'une sonde urinaire.
Elle ne porte ni sur l'indication ni sur le traitement des complications.**

8. Les critères d'exclusion

Sont exclus de l'étude les patients âgés de moins de 16 ans, les sondages intermittents et les autosondages.

9. Le type d'étude

L'évaluation des pratiques professionnelles, centrée sur la qualité de la pose d'une sonde urinaire, implique l'utilisation de l'approche prospective (au fur et à mesure que les patients sont sondés).

10. Les sources et les modes de recueil

Le recueil des données est assuré par des personnes mandatées, formées, concernées par l'étude (infirmières, infirmières hygiénistes, cadres infirmiers...).

La source d'information est le dossier du patient (transmissions écrites complètes : indication du sondage vésical, date de la pose, durée de sondage).

L'étiquette du patient ou les données permettant l'identification du dossier sont destinées uniquement à la validation des informations contenues dans le dossier :

utiliser une grille par patient ; numéroter les grilles par ordre chronologique d'admission ;

répondre à chaque critère par OUI ou par NON.

La réponse NA (Non applicable) est possible dans les séquences « surveillance des patients sondés ». Elle doit faire l'objet d'un commentaire.

11. La taille de l'échantillon

30 auto-évaluations pour la surveillance de la sonde urinaire.

12. La période d'évaluation

6 semaines

GRILLE DE RECUEIL DES DONNÉES
Audit de pratiques : pose des sondes urinaires n°2 (SUpos)

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. Elle est complétée si nécessaire par l'examen du dossier du patient.

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 : améliorer la qualité de la pose de la sonde urinaire					
N°	CRITERES	OUI	NON	NA	COMMENTAIRES
1	L'indication du sondage urinaire est connue.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2	Le choix de la sonde est réalisé selon la durée prévisionnelle du sondage.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3	Une toilette de la zone génito-urinaire est effectuée avec du savon doux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4	Des gants et un champ stériles sont utilisés pour la pose de la sonde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5	Une toilette de la zone génito-urinaire est effectuée avec du savon antiseptique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6	Le matériel comprend une dose unique de crème lubrifiante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7	Le dispositif de drainage est stérile et clos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8	Le ballonnet est gonflé avec de l'eau stérile suivant les indications du fabricant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	La sonde est fixée à la cuisse ou à l'abdomen en évitant tout reflux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10	Le sac collecteur est fixé en déclive, sans contact avec le sol.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
11	La date de la pose, le type de la sonde et la charrière sont retrouvés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

NA : non applicable

GUIDE D'UTILISATION DE LA GRILLE DE RECUEIL

Audit de pratiques : pose des sondes urinaires n°2 (SUpos)

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

Critère 1 L'indication du sondage urinaire est connue.

Répondre **OUI** s'il existe un protocole portant sur l'indication du sondage ou que celui-ci répond à une prescription médicale.

Critère 2 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 d'une durée prévisionnelle acceptée : environ une semaine.

Critère 3 Une toilette de la zone génito-urinaire est effectuée avec du savon doux.

Répondre **OUI** si le patient effectue lui-même cette toilette.

Critère 4 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 5 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 6 Le matériel comprend une dose unique de crème lubrifiante.

Répondre **OUI** si un set contenant cet élément est utilisé ou si la sonde est autolubrifiée.

Critère 7 Le dispositif de drainage est stérile et clos.

Répondre **OUI** si l'intégralité du dispositif est close et stérile (sonde et sac collecteur).

Critère 8 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 9 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 10 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 11 La date de la pose, le type de sonde et la charrière sont retrouvés.

Répondre **NON** si le recueil d'un élément est manquant.

PROTOCOLE DE L'AUDIT CLINIQUE CIBLÉ

Audit de pratiques : surveillance des sondes urinaires n°3 (SUsur)

Préambule

Ce protocole est issu de celui qui a été élaboré lors de l'expérimentation à l'échelon national de l'audit clinique dans les établissements de santé en 2000-2001 intitulé : *Audit clinique appliqué à la qualité de la pose et de la surveillance des sondes urinaires.*

En fonction du contexte de l'établissement, du risque encouru par les patients, des objectifs poursuivis, il est possible de sélectionner un ou plusieurs segments du processus parmi les trois ACC proposés :

- **améliorer l'organisation du sondage urinaire dans un établissement de soins (existence d'un protocole, validation du CLIN...). La grille doit être remplie une seule fois pour l'ensemble de l'établissement audité ;**
- **améliorer la qualité de la pose de la sonde urinaire ;**
- **améliorer la surveillance des patients sondés.**

L'ACC organisationnel donne des informations sur le contexte organisationnel par rapport au thème au moment de la réalisation des ACC. Il est vivement conseillé de le réaliser avant de commencer les ACC de pratique.

- ✓ Le champ d'application

L'évaluation porte sur la qualité de la surveillance des patients porteurs d'une sonde urinaire. Elle ne porte ni sur l'indication ni sur le traitement des complications.

- ✓ Les critères d'exclusion

Sont exclus de l'étude les patients âgés de moins de 16 ans, les sondages intermittents et les autosondages.

- ✓ Le type d'étude

L'évaluation des pratiques professionnelles, centrée sur la qualité de la surveillance des patients porteurs d'une sonde urinaire, implique l'utilisation de l'approche prospective (au fur et à mesure que les patients sont sondés).

- ✓ Les sources et les modes de recueil

Le recueil des données est assuré par des personnes mandatées, formées, concernées par l'étude (infirmières, infirmières hygiénistes, cadres infirmiers...).

La source d'information est le dossier du patient (transmissions écrites complètes : indication du sondage vésical, date de la pose, durée de sondage).

L'étiquette du patient ou les données permettant l'identification du dossier sont destinées uniquement à la validation des informations contenues dans le dossier :

- utiliser une grille par patient ;**
- numéroter les grilles par ordre chronologique d'admission ;**
- répondre à chaque critère par OUI ou par NON.**

La réponse NA (Non applicable) est possible dans les séquences « surveillance des patients sondés ». Elle doit faire l'objet d'un commentaire.

- ✓ La taille de l'échantillon

30 auto-évaluations pour la surveillance de la sonde urinaire.

- ✓ La période d'évaluation

6 semaines

GRILLE DE RECUEIL DES DONNÉES
Audit de pratiques : surveillance des sondes urinaires n°3 (SUsur)

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

Cette grille doit être remplie en auto-évaluation, par l'infirmière ou l'aide-soignante.
 Les critères 1 à 4 sont renseignés au moment d'un soin du méat urinaire.
 Les critères 5 à 8 sont renseignés sur un épisode de 24 heures.

OBJECTIF : améliorer la surveillance de la sonde urinaire					
N°	CRITERES	OUI	NON	NA	COMMENTAIRES
1	Le nettoyage du méat urinaire est effectué à l'eau et au savon doux , quotidiennement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2	La fixation de la sonde permet le libre écoulement des urines et évite la traction sur l'urètre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3	Le sac collecteur est en position déclive et sans contact avec le sol.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4	Le système de drainage est maintenu clos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5	La diurèse des 24 heures et la surveillance de la température sont recueillies.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6	La vidange du sac collecteur est réalisée aseptiquement par le robinet d'évacuation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7	Les anomalies et signes de complications sont dépistés, signalés au médecin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Le prélèvement urinaire est réalisé de manière aseptique, sans aucune rupture du système clos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

NA : non applicable

GUIDE D'UTILISATION DE LA GRILLE DE RECUEIL

Audit de pratiques : surveillance des sondes urinaires n°3 (SUsur)

Critère 1 Le nettoyage du méat urinaire est effectué à l'eau et au savon doux, quotidiennement.

Répondre **OUI** si le patient effectue lui-même cette toilette.

Critère 2 La fixation permet le libre écoulement des urines et évite la traction sur l'urètre.

Répondre **NON** si les deux conditions ne sont pas remplies.

Critère 3 Le sac collecteur est en position déclive et 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 4 Le système de drainage est maintenu clos.

Répondre **NON** si une déconnexion du système a eu lieu durant le soin, pour quelque raison que ce soit.

Critère 5 La diurèse des 24 heures et la surveillance de la température sont recueillies.

Répondre **NON** si l'un des éléments est absent.

Critère 6 La vidange du sac collecteur est réalisée aseptiquement par le robinet d'évacuation.

Répondre **NON** si la manipulation du robinet n'est pas réalisée de manière aseptique : c'est-à-dire avec des gants et/ou à l'aide d'une compresse imbibée d'antiseptique et si le robinet se trouve en contact avec le bord du bocal de recueil.

Critère 7 Les anomalies et signes de complications sont dépistés et signalés au médecin.

Répondre **NA** si aucun élément n'est apparu durant l'observation des 24 heures.

Critère 8 Le prélèvement urinaire est réalisé de manière aseptique, sans aucune rupture du système clos.

Répondre **NA** si aucun prélèvement n'a été effectué durant l'observation des 24 heures.

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. Qualité de la pose et de la surveillance des sondes urinaires. Guide pratique. Paris : Anaes ; 1999.
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. 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.
7. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Secrétariat d'État à la Santé et à l'action sociale, Comité technique national des infections nosocomiales. 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales. Paris : CTNIM ; 1999.
8. Centre de Coordination de la Lutte Contre les Infections Nosocomiales Sud-Est. Guide pratique de surveillance REA Sud-Est. Guide d'harmonisation. Prévention et diagnostic des infections urinaires sur sonde en réanimation. C.CLIN : 1999.
9. Centre de Coordination de la Lutte Contre les Infections Nosocomiales Sud-Ouest. Prévention de l'infection urinaire nosocomiale. Recommandations pour la pose et la gestion d'une sonde vésicale. Rennes : C.CLIN ; 2003.
10. National Health Services. Urinary catheterisation & catheter care. Best practice statement. Edimburgh : NHS Quality Improvement for Scotland ; 2004.
11. Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française, Association Française d'Urologie. Infections urinaires nosocomiales. Conférence de consensus 27 novembre 2002 2002. <[http : //www.sfm.org/documents/consensus/cc_iun2002.pdf](http://www.sfm.org/documents/consensus/cc_iun2002.pdf)> [consulté le 1-4-2006].

Participants

Groupe de travail ACC et remerciements

Ce document a été rédigé par Mme Marie-Jeanne BISMUTH et René PAPON, référents nationaux sur ce thème d'audit clinique ciblé, 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 :

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 »

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 »

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 »

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

Les référents méthode

M. le Dr BOURDERONT Dominique, Alsace	M. le Dr SQUARA Pierre, Île-de-France
M. le Dr FRASIE Jean-Michel, Alsace	Mme ROBINEAU Isabelle, Île-de-France
M. IDOUX Bernard, Alsace	Mme DELEMARRE Josette Île-de-France
M. ROUILLON Rodolphe, Alsace	Mme RABOISSON Françoise, Languedoc-Roussillon
M. le Dr PASSADORI Yves, Alsace	Mme le Dr LATHELIZE Monique, Limousin
Mme le Dr LAJZEROWICZ Nathalie, Aquitaine	M. PLANSONT Laurent, Limousin
M. le Dr BODIGUEL Éric, Auvergne	M. le Dr MIGET Patrick, Lorraine
Mme le Dr D'ALCHE-GAUTIER Marie-José, Basse-Normandie	M. PERISSE Dominique, Midi-Pyrénées
Mme le Dr BISMUTH Marie-Jeanne, Bourgogne	M. le Dr PIGNAL François, Midi-Pyrénées
Mme le Dr COUTTE Marie-Bénédicte, Bretagne	Mme DEHOORNE Frédérique, Nord-Pas-de-Calais
Mme le Dr MICHEL Micheline, Bretagne	Mme SALCZYNSKI Annette, Nord-Pas-de-Calais
Mme BERTEVAS Catherine, Bretagne	Mme VANHEE-GALOIS Anne, Nord-Pas-de-Calais
M. le Dr BODIGUEL Éric, Centre	Mme AUDIBERT Claudine, PACA
M. PAPON René, Centre	Mme DARMON Marie-José, PACA
Mme MARTIN Dominique, Champagne-Ardenne	Mme PULTIER Madeleine, PACA
Mme THIERY-BAJOLET Roselyne, Champagne-Ardenne	M. le Dr SOUTIF Claude, PACA
M. le Dr FERRY Jean-Pierre, Franche-Comté	Mme le Dr SARTOR Catherine, PACA
M. le Dr JARRIGE Bruno, Guadeloupe	M. le Dr STROUMZA Paul, PACA
Mme le Dr D'ALCHE-GAUTIER, Marie-José, Haute-Normandie	Mme le Dr BOUTE Catherine, Pays-de-la-Loire
Mme BUSSY Catherine, Île-de-France	M. le Dr CHAINE François-Xavier, Picardie
Mme GABA-LEROY Chantal, Île-de-France	M. le Dr BOUET Roland, Poitou-Charentes
M. le Dr LAIRY Gérard, Île-de-France	Mme BERTINI Nicole, Rhône-Alpes
Mme le Dr PRIVAT-PAIN Christiane, Île-de-France	M. le Pr FRANCOIS Patrice, Rhône-Alpes
Mme RAVINEAU Marie-José, Île-de-France	M. le Dr LEPAPE Alain, Rhône-Alpes

Les coordonnateurs et les équipes professionnelles des établissements de santé

Mme FRIGO Véronique, Clinique Saint-Sauveur,
MULHOUSE cedex

Mme GREUSARD Claire, Hôpital
Intercommunal du Val d'Argent, SAINTE-
MARIE-AUX-MINES

Mme BOYER Dominique, Clinique du Parc,
PÉRIGUEUX

M. le Dr GAILLARD Michel, Centre hospitalier
Emile Roux, LE PUY-EN-VELAY cedex

M. le Dr CHAUSSET Robert, Centre hospitalier
de Montluçon, MONTLUÇON cedex

M. FAURE Guy, Centre hospitalier universitaire
de Caen, CAEN Cedex

Mme TURMO Marie-Françoise, Centre
hospitalier de Joigny, JOIGNY

Mme SELLIER Betty, Centre hospitalier Gaston
Ramon, SENS

Mme HEUSGHEM Myriam, Institut Jean-
Godinot, REIMS

Mme le Dr BUREAU-CHALOT Florence, Centre
hospitalier universitaire – Hôpital Maison
Blanche, REIMS CEDEX

M. le Dr GOULLET Emmanuel, Centre
hospitalier de Dieppe, DIEPPE

Mme BELLET Véronique, Centre hospitalier
Intercommunal EURE SEINE, ÉVREUX CEDEX

Mme PERROT Gaëlle, Centre hospitalier du
Belvédère, MONT-SAINT-AIGNAN

Mme LE FALHER Bruno, Centre hospitalier
Victor Dupouy, ARGENTEUIL

Mme le Dr MAY Laetitia, Centre hospitalier
Victor Dupouy, ARGENTEUIL

Mme FEDY Sophie, Centre hospitalier Victor
Dupouy, ARGENTEUIL

Mme NICOL Sylvie, Centre hospitalier,
GONESSE CEDEX

MME BEAUCHARD Christine, Centre hospitalier
de Meaux, MEAUX

M. SABOUL Thierry, Clinique Turin, PARIS

M. HERVE-BAZIN Elisabeth, Clinique Turin,
PARIS

Mme RIVOLA Sylvaine, Hôpital la Croix Saint
Simon, PARIS Cedex 20

Mme ROBERT Anne-Line, Centre Médical de
Bligny, BRIIS-SOUS-FORGES

Mme le Dr MARTRES Pascale, Centre
hospitalier René Dubos, CERGY-PONTOISE
CEDEX

Mme le Dr LEMANN Florence, Centre
hospitalier René Dubos, CERGY-PONTOISE
CEDEX

Mme TAILLANDIÉR Michèle, Hôpital Beaujon
(APHP), CLICHY CEDEX

M. FAURE, Clinique Notre-Dame de
l'Espérance, PERPIGNAN

Mme PERRIER Mireille, Hôpital universitaire
Dupuytren, LIMOGES Cedex

Mme BUIL Catherine, Centre hospitalier,
SAINT-JUNIEN CEDEX

Mme le Dr MAROTTA Joséphine, Hôpital de
Freyming-Merlebach, FREYMING-
MERLEBACH

Mme BIVERT Pascale, Polyclinique Majorelle,
NANCY

Mme THIEBAUX Isabelle, Hôpital Saint-
Charles, SAINT-DIÉ-DES-VOSGES

M. ROUÉ Alain, Centre hospitalier de Cahors,
CAHORS

Mme BOURGEAT Christine, Clinique des
Cèdres, CORNEBARRIEU

Mme BAREILLE Geneviève, Polyclinique du
Parc, TOULOUSE Cedex

M. le Dr FILLETTE Daniel, Clinique Ambroise
Paré, TOULOUSE Cedex 01

Mme ARIMANE Odile, Polyclinique du Bois,
LILLE

Mme POUILLY Pascale, Pavillon de la Sainte-Famille, LILLE

M. FRENOIS Claude, Pavillon de la Sainte-Famille, LILLE

Mme LEMIEGRE Chantal, Clinique du Croisé Laroche, MARCQ-EN-BAREUIL

Mme BALLY Murielle, Centre hospitalier de Denain, DENAIN CEDEX

Mme BENJEMIA Sophia, Centre hospitalier de Fourmies, FOURMIES

Mme CHAIX Visi, Centre hospitalier de Carpentras, CARPENTRAS

Mme THEOPHILLE Élodie, Centre hospitalier de Carpentras, CARPENTRAS

Mme SUCHEL Christine, Centre hospitalier, GAP

Mme NÉGRIN Nadine, Centre hospitalier Général de Grasse, GRASSE CEDEX

Mme DOL Laurence, Centre hospitalier d'Hyères, HYÈRES cedex

Mme CREST Nicole, Polyclinique Clairval, MARSEILLE

Mme ROTH Annie, Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille, MARSEILLE

Mme CORDA Nicole, Hôpital d'Adultes de la Timone, MARSEILLE Cedex 05

Mme LANOYE Corinne, Clinique Saint Georges, NICE CEDEX 2

Mme PROUTEAU Marie-Dominique, Centre hospitalier Départemental La Roche Sur Yon-Luçon-Montaigu, LA ROCHE-SUR-YON cedex 9

Mme LEFORT Marie-Claude, Centre hospitalier Départemental La Roche Sur Yon-Luçon-Montaigu, LA ROCHE-SUR-YON cedex 9

Mme PROVOST Nathalie, Centre hospitalier de Laval, LAVAL

Mme MOREAU Anne, Centre René Gauducheau, SAINT-HERBLAIN cedex

Mme CHEVALIER Nathalie, Centre hospitalier Saint-Louis, LA ROCHELLE CEDEX 01

Mme BARTHE Juliette, Polyclinique de Poitiers, POITIERS Cedex

Mme APPERCEL-ARVIS Fabienne, Centre hospitalier de Bourg-en-Bresse, BOURG-EN-BRESSE

Mme FAVRE Maryvonne, Centre hospitalier Haut-Bugey, OYONNAX

Mme BOMBELLI Isabelle, Centre hospitalier Haut-Bugey, OYONNAX

Mme BAUD Françoise, Centre hospitalier Tarare, TARARE