Cadre général

- Réaliser un audit clinique (ou de soins)
  - Voir dans quelles mesures les procédures prévues (écrites) sont suivies

- Dans le cadre d'une démarche qualité
  - Références existantes
  - Evaluation par rapport à ces références
  - Conformité

Ce n'est pas +++
- description
- état de l'existant
- constat

- Objectifs
  - Mesurer l'impact des actions engagées
  - Evaluer des progrès accomplis /période de référence
  - Prévoir des actions correctives en cas de dysfonctionnement

Deux définitions

- ISO 8402 = audit d'entreprise
  - *« L'audit est un examen méthodique et indépendant en vue de déterminer si les activités et résultats relatifs à la qualité satisfont aux dispositions préétablies et si ces dispositions sont mises en œuvre de façon efficace et sont aptes à atteindre les objectifs »*

- ANDEM 1994 = audit de soins
  - *« L'audit est une méthode d'évaluation qui permet, à l'aide de critères déterminés, de comparer les pratiques de soins à des références admises en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats des soins, avec l'objectif de les améliorer. »*

Les différents champs des audits

- Audits des ressources
  - Préalable aux moyens disponibles
  - Si trop de non-conformités
    - Pas d'évaluation des points suivants..

- Audits des opportunités
  - Est-ce que ce qui est prévu est fait ?

- Audits des pratiques
  - Est-ce que ce qui est fait est fait comme c'est écrit ?

Les différentes techniques des audits

- Par observation de pratiques
  - Auditeur présent
  - Remplissage d'une grille par l'auditeur
  - Biais d'observation
- Par observation de dossiers (traces)
  - Auditeur présent
  - Remplissage d'une grille par l'auditeur
  - Biais d'enregistrement
- Par entrevue
  - Auditeur présent
  - Remplissage d'une grille par l'auditeur
  - Biais de compréhension, biais de réponse
- Par auto-questionnaire
  - Auditeur absent
  - Remplissage d'une grille par l'audité
  - Biais de compréhension, biais de réponse

Les auditeurs

- Objectivité
  - Description des faits sans interprétation
- Compétence
  - Connaissance du domaine étudié
- Indépendance
  - Pas de lien direct avec l'audité (?)
  - Auditer une unité dans laquelle l'auditeur ne travaille pas ?
- Légitimité
  - Reconnaissance par les audités du rôle qui est dévolu à l'auditeur
  - Les différentes « professions » de l'hôpital
  - Dans une position hiérarchique donnée

Méthode (1-5)

Etape	Contenu	Documents, formations
1. Choix du thème	• Critère de choix	*- Cahier des charges* *- Calendrier*
2. Objectifs	• Objectifs principaux • Objectifs secondaires	
3. Choix du référentiel	• Analyse de l'existant • Choix du référentiel	*- Protocoles pré-établis*
4. Choix des critères	• Type, nombre • Type de réponses	*- Liste des critères*
5. Choix du type d'étude et de la méthode de mesure	• Source de données • 4 méthodes possibles • Modalités de recueil	*- Description* *- Grille d'audit*

Méthode (6-9)

6. Recueil de données	• Réalisation dans les services	- *Document de synthèse*
7. Analyse de résultats	• Identification des écarts • Taux de conformité • Interprétation	- *Document des résultats*
8. Communiquer les résultats – Rapport d'audit	• Rédaction • Transmission aux acteurs et aux responsables	- *Recommandations* - *Plan de suivi* - *Publications*
9. Organiser les actions correctives	• Elaboration de recommandations • Définition d'un plan d'action	- *QQOQCP*

Hémorragie de la délivrance

➔ Définitions

- Perte sanguine > 500 mL à l'accouchement
- Perte sévère > 1 L avec retentissement
- Césarienne > 1 L

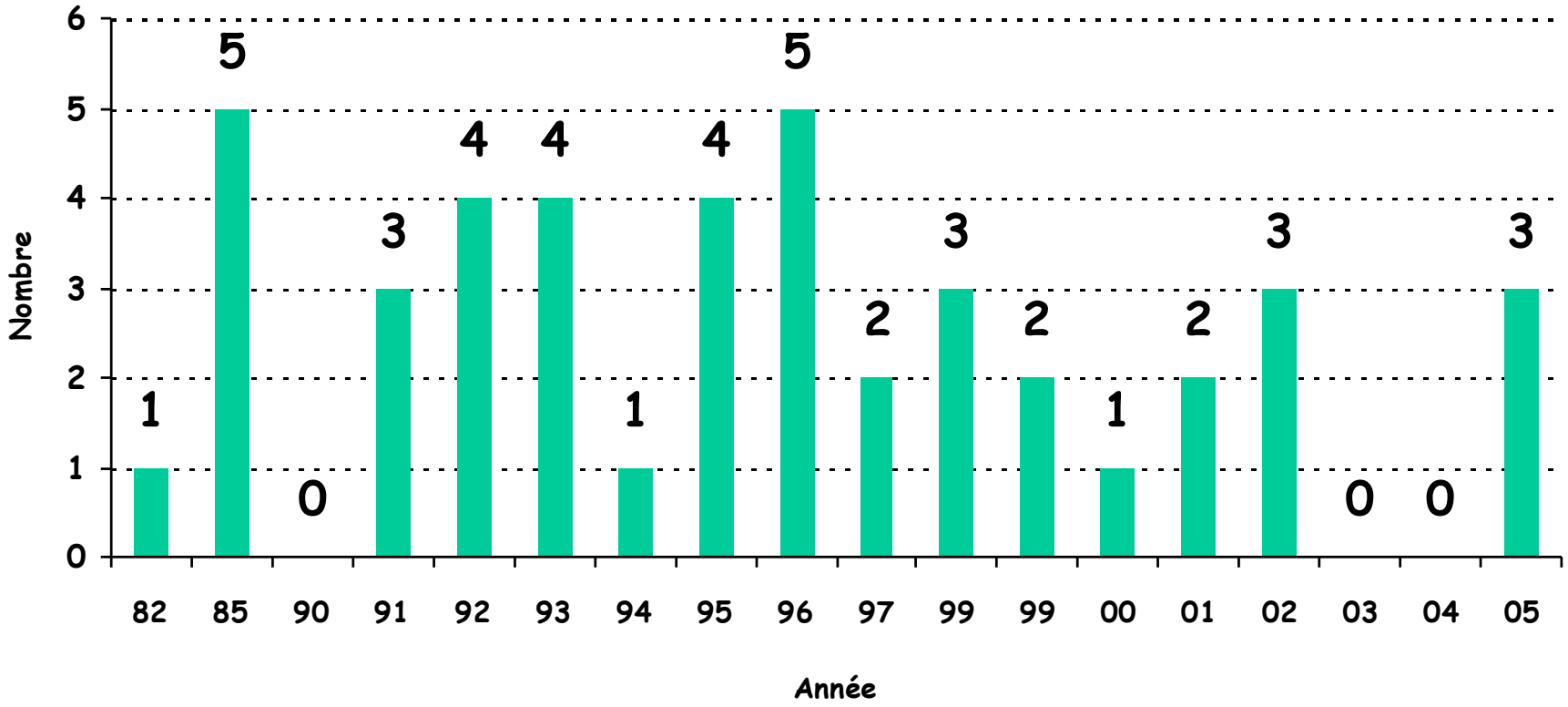
➔ Incidence

- 5 % à 10 % des accouchements selon la définition
- Tourné 2004 : 10 % plus de 610 mL, 5 % plus de 820 mL

➔ Pays de la Loire

- Pas de relevé systématique
- Pas de mesure généralisé des pertes sanguines
- Mortalité maternelle

Mortalité maternelle en Pays de la Loire



7 décès maternels pour 100 000 naissances (perspectives : descendre à 5 pour mille)

Référentiels

- Prévention des hémorragies du post-partum.
  JGyn Obstet BiolReprod 2004; 33 (supplément au n°8): 4S1-4S136.
- Haute Autorité de Santé - Recommandations pour la pratique clinique.
  Hémorragies du Post-Partum immédiat - Novembre 2004.

➔ Plan

- Facteurs de risques
- Principes de base
- Prévention au moment de l'accouchement
- Prise en charge initiale
- Prise en charge de l'HPP qui s'aggrave
- Méthodes invasives et transfert
  - Embolisation
  - Chirurgie

Pas de référentiels récents pour les anesthésistes (1998)

Méthode par observation des dossiers

- Grille des ressources (en général)
  - Médicaments
  - Sacs de recueil
  - Sang disponible dans les 30 mn

- Grille de pratiques sur dossier d'HPP
  - Prénatal
  - Prise en charge immédiate
    - Surveillance. DA – RU
    - Sac de receueil
  - Dg posé d'HPP
    - Personnes averties
    - Réanimation
    - Feuille spécifique
  - Hémorragie persistante > 30 mn
    - Nalador
    - Réanimation
    - Chirurgie organisée
      - Ressources en garde de GO
      - Ressources avec chirurgien viscéral
    - Cas de transferts et embolisation

Organisation de la visite

- Demande de visite
  - Date fixée avec le chef de service
  - 1 visite/ mois, soit 24 en tout ➔ sur 2 ans

- Auditeurs
  - 1 GO (Ph. Gillard) + 1 anesthésiste (CH. Monrigal)
  - 1 ou 2 SF (D. Cloarec, C. Bagil-Pillot)
  - ± Ph. David, P. Radanne
  - Médecin coordinateur

- Déroulement 14 h 30 – 17 h
  - Exposé de Ph. Gillard en 30 mn
    - Recommandations
  - Audit de ressources : 17 questions – Preuves par l'observation ?
    - Feuilles, sacs de recueil,
    - Listes de personnes
    - Ressources en chirurgie
  - Analyse de 4 à 5 dossiers d'HPP : audit de pratiques : 45 questions
    - Au choix des audités

Les 4 premières visites

➔ Les premiers ayant répondu à la demande de visite
- CH de 700 acc/an (niveau 2a)
- CL de 2500 acc/an (niveau 2a)
- CH de 700 acc/an (niveau 1)
- CH de 700 acc/an (niveau 1)

➔ Accueil bon, mais sérieux…
- Impression de « contrôle » ?
- Le CHU « visite les petits CH » ?

➔ Exposé bien accepté
- Points souvent discutés
  - Injection prophylactique d'ocytocine
  - Sac de recueil (faisabilité, coût)
  - Traitements chirurgicaux
  - Transferts et embolisation

5 à 10 personnes présentes : GO (pas tous), Anesthésistes (pas tous), Cadres SF, qques SF, internes.

Une annulation la veille en Novembre…

Audit des ressources (4 maternités)

- Dépôt de sang absent in situ dans 1 cas
  - Rectification depuis, à la suite d'une HPP grave
- Absence de sacs de recueil dans 2 cas
- Absence de feuille spécifique dans 3 cas
- Absence d'organisation formalisée avec chirurgie viscérale dans 3 cas (en cas de GO non chirurgien, sinon astreinte informelle)
  - Chirurgiens quelque fois peu habitués à la gynécologie
  - Risque de chirurgiens remplaçants…
- Pas de formations dans 3 cas pour tous les personnels
  - 1 cas récent
- Leçons tirées des cas graves antérieurs +++ : 1 cas

Audit des pratiques (1) (16 cas)

➔ Année

- 1 cas en 2000 , 5 cas en 2005, 10 cas en 2006

➔ Grossesses

- Age : 22 ans à 38 ans (m=30 ans)
- 31 % de primigestes
- 15 fois : grossesse dite normale

➔ Accouchements

- Ages gestationnels : de 36 SA à 41 SA
- Poids de naissance : 2290 g à 4850 g (m=3500 g)
- Heure de naissances : 10/16 la nuit
- 4 césariennes sur 16

Audit des pratiques (2) (16 cas)

➔ Pré-requis

- 16 CS GO au 9ème mois
- 16 CS anesthésie
- 10 Hb connues
- 16 groupes sanguins et agglutinines
- 1 atcd d'hémorragie non retenue, 1 PBI

➔ Surveillance – Soins accouchement

- 6 délivrances actives notées
- 5 délivrances dirigées
- 8 examens des placentas notés
- 6 RU et 5 DA

Pas notés ≠ pas faits

Audit de pratiques (3) (12 cas VB)

- Hémorragie diagnostiquée sur VB : 12 cas. Dans 4 cas :
  - 2 cas pendant césar
  - 1 cas d'hémorragie per-partum
  - 2 cas d'hémorragie tardive à H3 et J2 (pâleur)

- Heure notée : 6 cas
- Intervenants appelés : 9 cas
- Examen sous valves : 8 cas
- Sacs recueil : 5 cas réglés et 2 cas de novo
- Mise en place d'une réanimation …
- Reprise DA + RU : 7 cas
- Utérotoniques : 12 cas
- Cytotec : 2 cas

Audit de pratiques (4) (16 cas)

- NALADOR : 8 cas nécessaires
  - Délai de 5 mn à 60 mn (m =30 mn)
- Transfusions (CG) : 5 cas nécessaires
  - Hb départ dans 13 cas : 9.8 g à 13.4 g (m = 12 g)
  - Hb la plus basse dans 14 cas : 3.8 g à 9.6 g (m=7.2 g)
  - Différence moyenne : 4.3 g (soit 2.3 litres de sang ?)
- Transferts dans un autre centre : 4 cas
  - 1 cas pour SHAG après chirurgie in situ
  - 2 cas pour embolisation (dont 1 pour thrombus vaginal)
  - 1 cas d'hystérectomie
- Chirurgies : 6 cas
  - 3 in situ, 3 après transfert
  - 3 conservatrices, 3 hystérectomies (dont 1 après essai ligature)
    - Conservatrices : 2 en cas de transfert, 1 in situ
    - Hystérectomies : 1 transfert, 2 in situ
- Embolisation : 3 cas dont 1 pour thrombus vaginal
- 1 décès malgré hystérectomie.

Les points notables

- ➔ Les 4 maternités ont des protocoles
  - Certains récents (occasion de la visite ?)
  - Conformes aux recco, sauf
    - Cytotec, ocytocine pas toujours systématique

- ➔ Points à améliorer
  - Formations
  - Ressources
    - Feuille de surveillance et traçabilité anesthésique Dépôts de sang pour une maternité (en cours de modification)
    - Sac de recueil des hémorragies
  - Organisations
    - Listes des personnes à appeler
    - Organisation avec la chirurgie viscérale

Les leçons

- Un audit est possible
  - Si bien présenté dans le réseau
  - Pour des cas graves
  - Avec des recco reconnues
- Effort de présentation préalable ++
  - Auditeurs reconnus et acceptés
    - GO de CHU mais ayant travaillé en CH
    - Médecin coordinateur consensuel (ou… pédiatre…!)
    - Pas un PHU ?
- Discussion ouverte
  - Centrée sur l'exposé des contraintes +++
  - Problèmes des transferts +++
- Limites
  - Pas tous les GO, pas tous les anesthésistes, peu de SF
  - Pas de culture de la preuve du critère
    - « Oui, il y a eu une visite prénatale, car toutes les femmes en ont »

La suite de la visite

➔ Pas encore formalisée
- Protocoles refaits
- Rencontre avec les chirurgiens viscéraux
- Feuille de surveillance
- Formations ?

➔ Commission des anesthésistes du Réseau
- Protocole de réanimation commun en cours
  - Surtout pour anesthésistes « de passage »

➔ Suivre les indicateurs ?
- Dossier commun ????
- Décès maternels pour hémorragie
- Hystérectomie d'hémostase
- L'embolisation, mais le réseau doit l'organiser +++

Intégration ?
-Accréditation
- EPP

Conclusion

➔ La démarche d'audit…

- est une nouveauté dans le champ de la santé
- est souvent perçue comme un contrôle
- est considérée comme une remise en cause
  - de ce que l'on a toujours fait
  - de compétences
  - de la confiance faite aux professionnels
- peut participer à une démoralisation des équipes

➔ … mais elle peut être

- l'occasion d'exposition des contraintes
- de communiquer entre soignants…
  - …de niveau de responsabilités différents (chaîne de la prévention)
- de progresser
  - en respectant les personnes