

L'AUDIT DES SERVICES

L'EXPERIENCE DE LA REANIMATION

ALAIN TENAILLON

GRAH

FONCTIONNEMENT

Association 1901

- Assemblée générale formée des auditeurs (médecins réanimateurs, médecins de santé publique, soignants, directeurs d'hôpitaux)
- Conseil d'administration élu
- Relation étroite avec les deux sociétés de réanimation (SRLF, SFAR)
- Pas de rémunération des auditeurs (frais de missions honorés)
- Recettes par l'audit (6098 eus en 2003)

**LA PLACE DE L'ÉVALUATION DES PRATIQUES
PROFESSIONNELLES À L'HÔPITAL :**

**ENTRE ACCREDITATION ET ÉVALUATION DES
COMPÉTENCES ? VERS UNE OPTIMISATION DE
LA QUALITÉ .**

HISTORIQUE

1992: AUDIT « EXPERIMENTAL » REA D'EVRY

1993: PRIX GOLDEN HELIX

1994: AUDIT « EXPERIMENTAL » REA ARGENTEUIL

**1995: CREATION DU GRAH ET ELABORATION D'UNE
METHODOLOGIE D'AUDIT « EN ROUTINE »**

**1996 OCTOBRE PREMIER AUDIT STANDARDISE: REA
D'AGEN**

**2002: UNE QUARANTAINE D' AUDITS REALISES EN FRANCE
ET BELGIQUE , CHG et CHU**

MOTIVATIONS

PRINCIPE D'AUTONOMIE ET D'INEFAILLIBILITE MEDICALE REVOLU

APPROCHE, EVALUATION ET CRITIQUE COLLECTIVES

L'AUDIT EST UNE DES BASES DE LA TRANSPARENCE

LA LOI HOSPITALIERE Y INCITE VOIRE L'IMPOSE

LE CODE DE DEONTOLOGIE LE PRECONISE

AUDIT

DEFINITION DE L' ASSOCIATION FRANCAISE DES AUDITEURS ET CONTROLEURS INTERNES (AFACI)

« EXAMEN **OCCASIONNEL** OU PERIODIQUE SUR PIECES ET SUR PLACE, DES ACTIVITES D'UN ORGANISME EN VUE D'**AIDER** LES RESPONSABLES A AMELIORER LA GESTION ET LES RESULTATS.

CET EXAMEN COMPORTE DES CONTROLES, DES **JUGEMENTS** DE VALEUR ET DES **RECOMMANDATIONS** SUR LES OBJECTIFS, LES PROCEDURES, LES INFORMATIONS ET LES MOYENS.

CET EXAMEN EST ASSURE PAR DES **PERSONNES INDEPENDANTES** DE LA HIERARCHIE, NON RESPONSABLES DE L'ORGANISATION ET DE LA GESTION DES ACTIVITES QU'ELLES ORGANISENT. »

AUDIT

**OUTIL D'ÉVALUATION DANS LE CADRE D'UNE
DEMARCHE QUALITE: VERITABLE BRAS SECULIER**

**IL PERMET DE MESURE L'ÉCART ENTRE CE QUI EST FAIT
ET CE QUI DEVRAIT ÊTRE FAIT.**

IL NE S'AGIT PAS :

**D'UNE EXPERTISE, D'UN CONSEIL, D'UNE INSPECTION,
D'UN CONTRÔLE DE QUALITE, D'UNE CERTIFICATION,
D'UNE ACCREDITATION.**

**L'OBJECTIF N'EST PAS LA SANCTION MAIS
L'AMÉLIORATION ET LA FORMATION**

AUDIT DE SERVICE ?

HYPOTHESE :

- ✍ **LA QUALITE DE L'ORGANISATION PARTICIPE A LA QUALITE DES SOINS**
- ✍ **LA NON QUALITE DE L'ORGANISATION POUR UN MEME RESULTAT COUTE PLUS CHER**
- ✍ **LA STANDARDISATION DES PRATIQUES**
SIMPLIFIE LE FONCTIONNEMENT
ASSURE UNE QUALITE ET UNE SECURITE MINIMALE FIABLE
ASSURE UNE MEILLEURE GESTION DES RESSOURCES
FACILITE LES COMPARAISON ET LES EVOLUTIONS

OBJECTIFS :

- ✍ **CRÉER UNE REFERENCE D'ORGANISATION**
- ✍ **STANDARDISER LE FONCTIONNEMENT TANT ADMINISTRATIF QUE MEDICAL (PRATIQUES PROFESSIONNELLES)**
- ✍ **DEFINIR UNE METHODOLOGIE RIGOUREUSE, CONTROLABLE, REPRODUCTIBLE, FIABLE**

QU'EST CE QU'UN SERVICE ?

✍ ASSOCIATION DE PROFESSIONNELS DIFFERENTS

COMPETENCES INDIVIDUELLES (METIER) : EVALUATION INDIVIDUELLE
PRATIQUES COLLECTIVES (SERVICE) : EVALUATION PAR L'AUDIT

✍ LOCAUX HOSPITALISATION ET OU TECHNIQUES

✍ MATERIEL SOINS , SURVEILLANCE ET OU DIAGNOSTIC

✍ GESTION ET ORGANISATION

✍ CULTURE

✍ ENVIRONNEMENT

✍ CLIENTS ET FOURNISSEURS

RESULTATS ATTENDUS

VISION RELATIVE DU SERVICE EN TERME DE :

- ✍ **SANTE** : mortalité, durée de séjours, infections nosocomiales, iatrogénie, satisfaction des malades ou de leur famille
- ✍ **ECONOMETRIE** : adéquation des malades (nombre , type, gravite ...) au personnel (nombre , compétences ...) au budget ...
- ✍ **QUALITE** : niveau de la démarche qualité du service, dynamisme
- ✍ **PRATIQUES PROFESSIONNELLES** :
 - entretien des compétences individuelles
 - évaluation des pratiques collectives : staffs , protocoles, enseignement, recherche, participation aux activités collectives hospitalières ou professionnelles
 - satisfaction des personnels
 - culture de service

OBJECTIFS DE L'AUDIT

VERIFIER :

- ✍ LA REALISATION DES MISSIONS ET OBJECTIFS
- ✍ LA CORRELATION ENTRE RESSOURCES , OBJECTIFS , UTILISATION ET PRODUCTION
- ✍ LA CONFORMITE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES PAR RAPPORT AUX RECOMMANDATIONS
- ✍ LA SATISFACTION DES MALADES ET DES FAMILLES, DES SERVICES CORRESPONDANTS, DES PERSONNELS ET DES SERVICES ADMINISTRATIFS

REFERENTIEL

Objectifs : description d 'un service « idéal »

Moyens :

- Ensemble des textes réglementaires et administratifs
- Recommandation des sociétés savantes nationales et internationales
- Regroupement des conférences en consensus, des bonnes pratiques cliniques, etc...
- Avis d 'experts (membres du GRAH)

Evolution du référentiel : - Elaboré entre 1992 et 1995

- Appliqué entre 1995 et 2002

- Plusieurs modifications ont été faites (2003) et d 'autres devront être effectuées

CHAMP DU REFERENTIEL

- ✍ ENVIRONNEMENT ET ORGANISATION GENERALE**
- ✍ ACTIVITE ET GESTION FINANCIERE**
- ✍ ORGANISATION ET GESTION DES LOCAUX**
- ✍ GESTION DES RESSOURCES HUMAINES**
- ✍ ORGANISATION ET GESTION DES MATERIELS ET DES CONSOMMABLES**
- ✍ ORGANISATION DES SOINS MEDICAUX ET PARAMEDICAUX**
- ✍ HYGIENE ET GESTION DES RISQUES**
- ✍ ETHIQUE ET DROITS DES MALADES**
- ✍ ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE**

METHODOLOGIE DU GRAH

DECISION D'AUDIT

ENVOI DE QUESTIONNAIRES :

- ✍ REFERENTIEL
- ✍ SATISFACTION DES MEDECINS
- ✍ SATISFACTION DES SOIGNANTS
- ✍ SATISFACTION DES AUTRES SERVICES
- ✍ SATISFACTION DES FAMILLES

VISITE

- ✍ CONTRÔLE DU REFERENTIEL
- ✍ INTERVIEWS

RAPPORT

- ✍ RECOMMANDATIONS
- ✍ COEFFICIENTS D'ADEQUATIONS

SUIVI

AUDITEURS

PROFESSIONNELS DE TERRAIN :

- ✍ **FORMATION RAPIDE (1 journée et documents)**
- ✍ **NOMBRE: 6 = SECURITE**
- ✍ **BENEVOLAT = MOTIVATION**
- ✍ **PROFESSIONS DIFFERENTES = QUALITE (2 médecins, 2 soignants, 1 directeur d'établissement, un méthodologiste et un permanent GRAH)**
- ✍ **ETHIQUE PROFESSIONNELLE**
 - CONFIDENTIALITE**
 - ABSTENTION DE TOUTE CONVICTON PERSONNELLE**
 - LA METHODOLOGIE RIEN QUE LA METHODOLOGIE**
- ✍ **ACCEPTÉ PAR AUDITES = LIMITE LES CONFLITS**
- ✍ **AUDITES DEVIENNENT AUDITEURS = DIFFUSE ET ENTRETIENT LA DEMARCHE QUALITE**

PREPARATION DE LA VISITE

Recueil de documents

Préparer les rendez-vous (+++) avec les personnalités de l'établissement :

- Directeur
- Président de CME
- Doyen
- Principaux chefs de service
- Responsables divers
- La majorité des membres du service (jour et nuit)

Faire un calendrier précis de la visite. Former des groupes de travail (habituellement organisés par chapitres de référentiel)

EXPLOITATION DES INFORMATIONS

SYNTHESE

- ✍ DESCRIPTION DU SYSTEME
CONCEPTION, FONCTIONNEMENT , CULTURE
- ✍ RECENSEMENT
FORCES
POTENTIALITES
DYSFONCTIONNEMENTS
RISQUES
- ✍ ANALYSE DES CAUSES ET CONSEQUENCES
- ✍ PROPOSITIONS ET RECOMMANDATIONS

COEFFICIENT D'ADEQUATION

CALCUL

- ✍ DONNEES VALIDEES DU REFERENTIEL
- ✍ QUESTIONS A REPONSE « OUI », « NON »
- ✍ « OUI » = QUALITE ; « NON » = NON QUALITE
- ✍ COEFFICIENT D'ADEQUATION : % DE OUI

DISCUSSION

- ✍ VALIDITE ET PERTINENCE DES QUESTIONS
- ✍ SIGNIFICATION DE VALEURS NON PONDEREES
- ✍ PAS D'UTILISATION DES DONNEES CHIFREES

RECOMMANDATIONS

GRADUEES :

- ✍ **RISQUE ET TEMPS (URGENT OU SECONDAIRE)**
- ✍ **FAISABILITE**
SIMPLE ET RAPIDE OU LONG ET DIFFICILE
- ✍ **MOYENS (COUT, PERSONNEL, BATIMENTS)**
- ✍ **PROJET HOSPITALIER**
- ✍ **EVOLUTIVITE DES NORMES**
- ✍ **POSSIBILITE DE MESURES INTERMEDIAIRES**

RAPPORT d'AUDIT

FORME

- ✍ CLARTE , LISIBILITE
- ✍ OBSERVATION ET PREUVES TANGIBLES
- ✍ LIMITER LES INTERPRETATIONS

FOND

- ✍ OBJECTIF
 - AMELIORATION ET NON DENONCIATION
 - TRANSPARENCE COMMANDITAIRES MALADES
- ✍ PRATIQUE
 - PAS D'AUDIT ABSOLU
 - FIABILITE DU GROUPE (INFLUENCE)
 - RESPONSABILITE , CONSENSUS DES AUDITEURS
 - RESPECT DU CHAMP ANALYSE
 - RAPPORT PRELIMINAIRE

DIFFUSION (SERVICE, DIRECTEUR, HOPITAL, AGENCE ...)

MOTIVATION POUR L'AUDIT

BILAN D'ISOLEMENT, RECONNAISSANCE DE NIVEAU

BILAN AVANT RESTRUCTURATION DE SERVICE

**BILAN POUR CHANGEMENT OU RENOUVELLEMENT
DE CHEF DE SERVICE**

INITIATION D'UNE DEMARCHE QUALITE

BILAN POUR RECONNAISSANCE DE QUALITE (SUIVI)

**OBJECTIFS PARTICULIERS (REGROUPEMENT DE
SERVICES, OU TRANSFORMATION)**

RESULTATS GLOBAUX

VECU DES AUDITES

**DIFFICILE , MOTIVANT, RECEPTION DU RAPPORT DRAMATIQUE
REACTION DE MISE EN CONFORMITE REMARQUABLE**

VECU DES AUDITEURS

TRAVAIL ENORME (40 J/H) , FORMATION MAJEURE

POINTS FORTS COMMUNS

**MOTIVATION,
ABSENTEISME FAIBLE,
AMBIANCE DE GROUPE,
QUALITE DES SOINS (INTERNE , EXTERNE),
PARTICIPATION A LA VIE DE L'HOPITAL,
RECHERCHE ET ENSEIGNEMENT**

RESULTATS GLOBAUX

ABSENCE OU FAIBLESSE DE CULTURE REGLEMENTAIRE

ABSENCE OU FAIBLESSE DE CULTURE DE L'ECRIT

ABSENCE OU FAIBLESSE DE CULTURE D'EVALUATION

ABSENCE OU FAIBLESSE DE CULTURE SECURITAIRE

CULTURE D'HYGIENE INSUFFISANTE

GESTION INSUFFISANTE DU MATERIEL

MAUVAISE OPTIMISATION DES LOCAUX

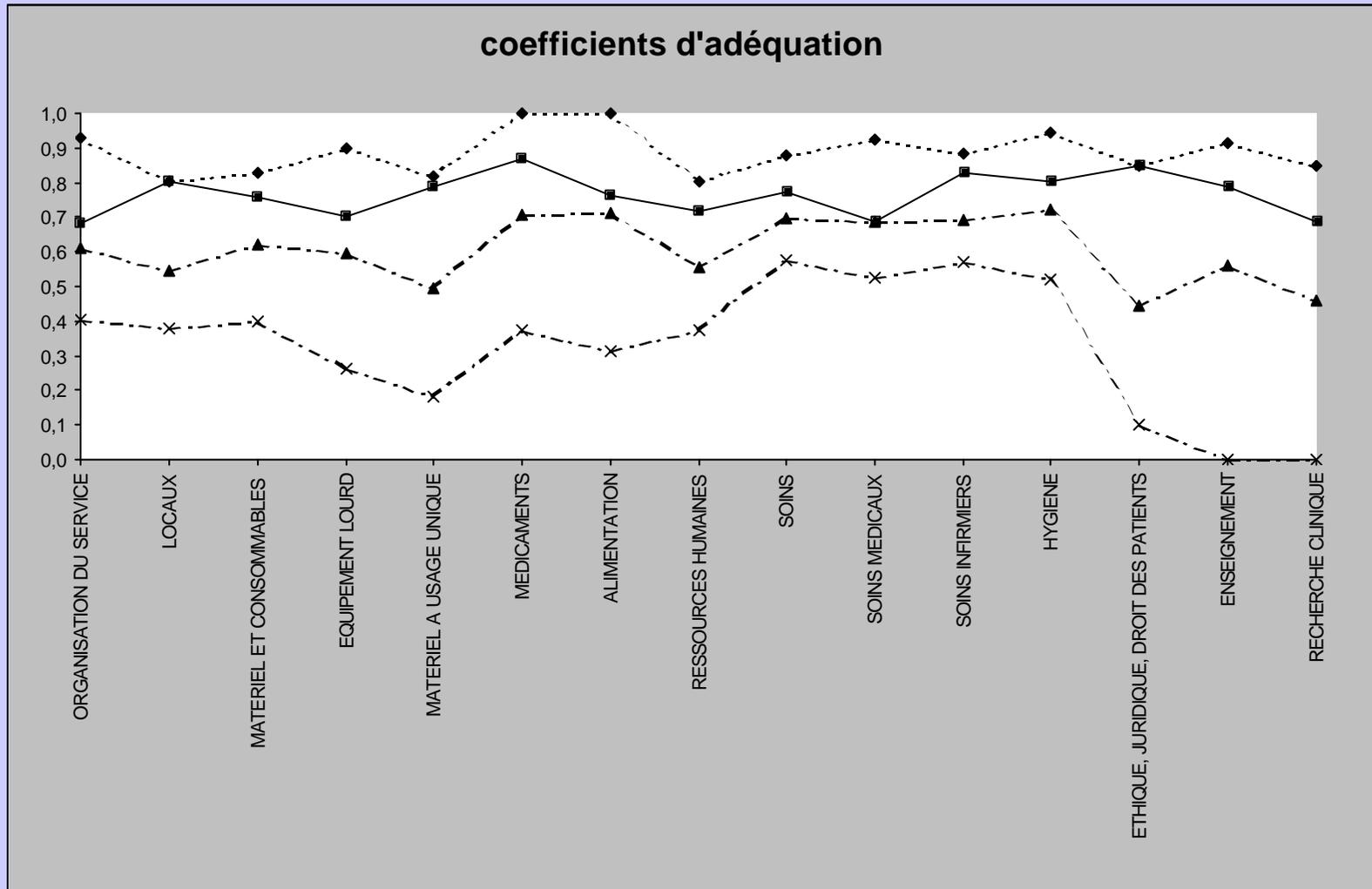
PAS D'HOMOGENEITE DES PERSONNELS

POINTS FAIBLES COMMUNS

(d 'après le coefficient d 'adéquation)

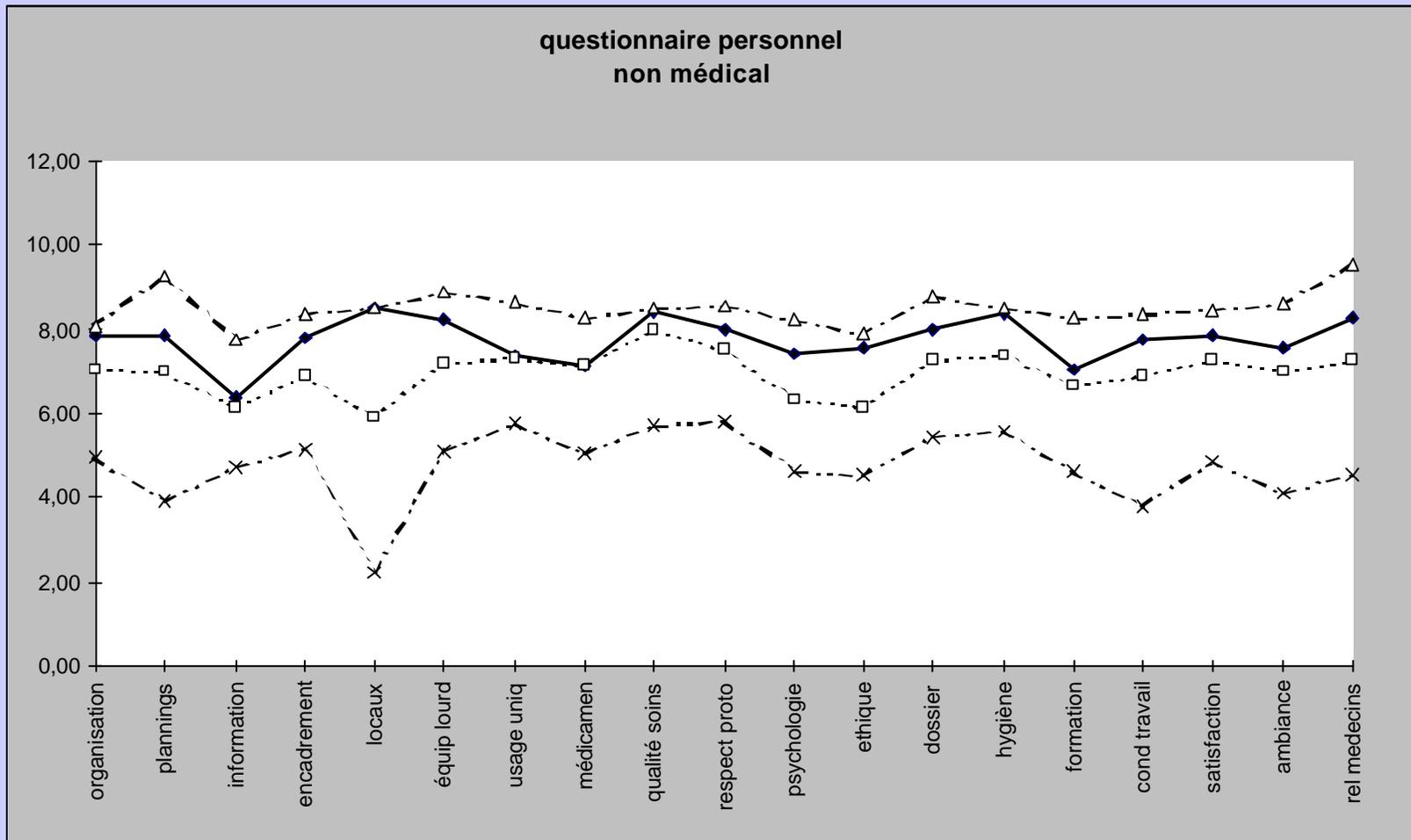
- | | |
|--|------|
| - Organisation de la recherche clinique | 0.13 |
| - Assurance qualité | 0.10 |
| - Locaux (zone de décontamination, situation du service de l'hôpital) | 0.30 |
| - Organisation du service (rapport d'activité, recrutement des patients) | 0.40 |
| - Ethique | 0.45 |
| - Gestion du matériel | 0.50 |
| - Enseignement intra service | 0.50 |

EXEMPLE D'ANALYSE DES DONNEES



- Un service
- Moyenne
- Supérieur
- Inférieur

EXEMPLE D'ANALYSE DES DONNEES



-  : Un service
-  : Moyenne
-  : Supérieur
-  : Inférieur

SATISFACTION DES SOIGNANTS ET DES MEDECINS

METHODE

18 HOPITAUX

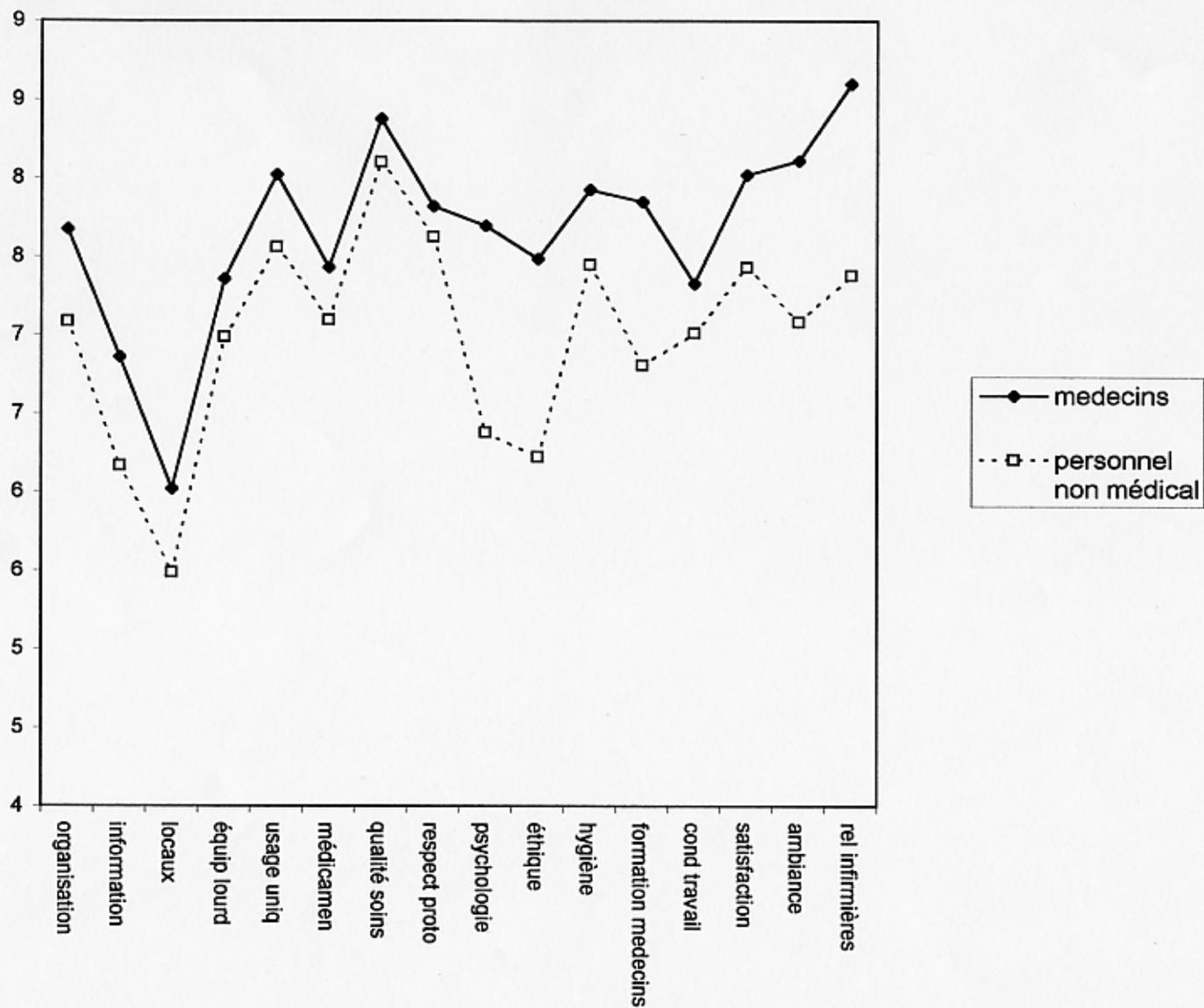
643 SOIGNANTS ET 125 MEDECINS

16 ITEMS COMMUNS NOTE DE 0 A 10

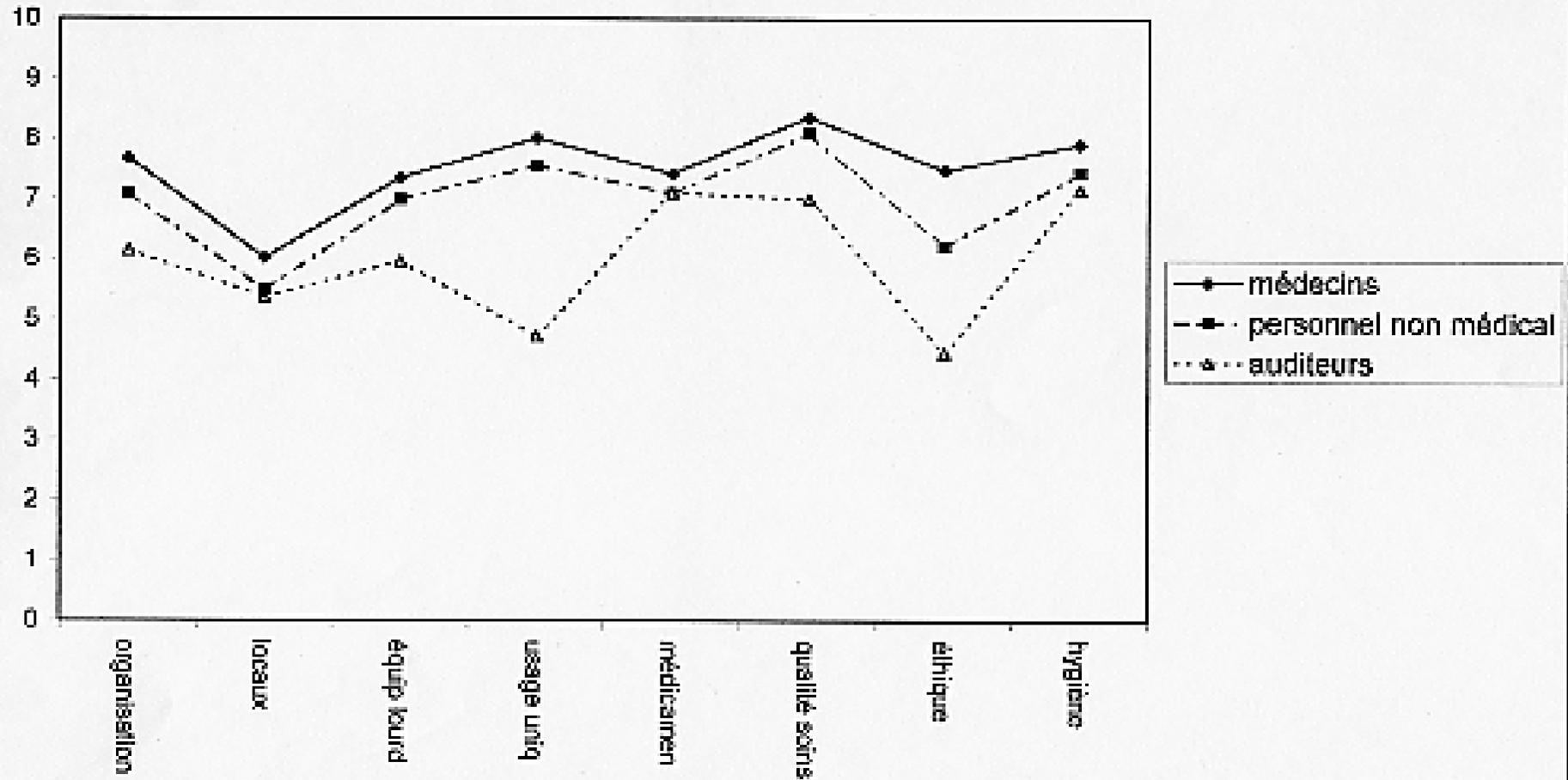
RESULTATS

- ✍ GLOBALEMENT SOIGNANTS MOINS SATISFAITS QUE MEDECINS
- ✍ MOINS DE DISCORDANCES ENTRE MEDECINS QU'ENTRE SOIGNANTS
- ✍ SATISFACTION +++ MEDECINS ET SOIGNANTS POUR LA QUALITE DES SOINS , L'HYGIENE ET LE RESPECT DES PROTOCOLES
- ✍ APRECIATION REALISTE POUR LOCAUX ET MATERIEL (M ET S)
- ✍ SATISFACTION + MAIS DISCORDANCES ++ POUR CONDITIONS DE TRAVAIL, AMBIANCE ET RELATIONS ENTRE M ET S
- ✍ NON SATISFACTION ET DISCORDANCES POUR ETHIQUE, ABORD PSY DU MALADE ET INFORMATION

comparaison personnel médical/personnel non médical



comparaison auditeurs/audités



LE SUIVI

Objectif

- Aider l'amélioration « continue » de la qualité
- Mesurer l'impact de la démarche

Méthode

- Recensement des recommandations
- Mesurer celles qui n'ont pas été réalisées
- Délai (?) 4 à 5 ans

Cette mesure peut se faire par un second audit simplifié ou par auto-évaluation

Problème

- Suivi très incomplet

RESULTATS PRELIMINAIRES

- n de recommandations	18
	23
	41
	46
	67
	74
	107
- non réalisées (%)	22
	24
	41
	44
	46
	48
	56

INFLUENCE DE L'AUDIT

EFFET PEDAGOGIQUE INTERNE

AUTO-ANALYSE INTERNE PAR LE REFERENTIEL
DECOUVERTE DES NORMES ET DE LEUR NON APPLICATION EVENTUELLE

VALIDATION ET APPROPRIATION DES RECOMMANDATIONS

MOTIVATION DE L'ENSEMBLE DES PERSONNELS

PRISE DECONSCIENCE DE LA NOTION D'ORGANISATION PROGRAMMEE

MISE EN CHANTIER DES MODIFICATIONS

PLUS DE 50% EN QUELQUES MOIS, 70 A 80 % EN 2 ANS

EFFET PEDAGOGIQUE EXTERNE

PROBLEMES ET EVOLUTION

CONFLITS AUDITEURS , AUDITEURS /AUDITES
SERVICE :MEDECINS OU SOIGNANTS

OPPOSABILITE DES RESULTATS ?
SERVICE ; AUDITEURS ; ADMINISTRATION

AUDIT SIMPLIFIE OU AUTO-EVALUATION

Impact réel à préciser

Peu d 'indicateurs de résultat

Pas d 'indicateur precis de pratiques

CONCLUSIONS

L'AUDIT DE SERVICE

**S'INSERT DANS L'EVALUATION D'UNE DEMARCHE
GLOBALE DE LA QUALITE**

**PERMET D'APPRECIER LA DIFFUSION ET L'APPLICATION
DES RECOMMANDATIONS**

S'INSCIT DANS UNE **ETHIQUE DE LA TRANSPARENCE
ET DE LA RESPONSABILITE**

SEMBLE AMELIORER LE FONCTIONNEMENT DES SERVICES

CONCLUSION

- La démarche est possible, réalisable, acceptée par les volontaires
- Elle est perfectible notamment pour mieux y inclure l'évaluation des pratiques professionnelles collectives
- C'est maintenant de la responsabilité des sociétés savantes et des syndicats de savoir s'ils souhaitent passer d'un **stade expérimental et pilote, à une généralisation plus large** de la démarche ou si celle-ci doit être organisée sous l'égide de l'ANAES avec à la clef une **accréditation par service ou une certification**