HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

RAPPORT DE L'EXPÉRIMENTATION NATIONALE

AUDIT CLINIQUE CIBLE APPLIQUÉ À L'ÉVALUATION DE LA SURVEILLANCE DU TRAVAIL ET DE L'ACCOUCHEMENT PAR LA TENUE DU PARTOGRAMME

OCTOBRE 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 (EPP) 3
3 – Le déroulement de l'expérimentation 5
3.1- La formation organisée par la HAS 5
3.2 – Les ACC réalisés par région, par type d'établissement et par catégorie professionnelle des coordonnateurs 5
3.2.1- Engagement dans la démarche décembre 2004 5
3.2.2 – Participation 7
3.2.3- Participation à l'évaluation complète (Tour 1 et 2) 7
3.2.4- Les rapports d'audit effectués 7
3. La planification du projet 8
4. Les résultats et leur analyse par ACC 9
5. Les actions d'amélioration mises en place 16
5.1 Des exemples d'actions d'amélioration 17
5.2 Les bénéfices induits par la démarche 17
5.3 Les répercussions de l'expérimentation sur le contenu des ACC 18
Conclusion 19
6. Validation de la méthode pour le thème du partogramme 20
Annexes Annexe 1 : Fiche méthode 21
Annexe 3 – Documents (Source cédérom ACC 2005) 29
Références 30

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).

Un guide « Évaluation de la qualité de la tenue du partogramme » a été publié par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) (2).

En 2000-2001, le service d'évaluation des pratiques de l'Anaes a accompagné des établissements de santé (ES) dans la France entière dans une démarche expérimentale d'audit clinique appliquée à ce thème (3).

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 (4).

Les résultats intermédiaires (première évaluation) ont déjà fait l'objet d'une publication (5).

L'expérience acquise par tous les professionnels volontaires qui ont mené ces audits ciblés, dans l'établissement de santé où ils exercent leur activité, sera une aide précieuse pour tous ceux qui voudront mener un projet d'amélioration de leur pratique dans ce domaine (6).

2 – Présentation du thème dans le contexte de l'audit clinique ciblé et l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

Dans la pratique médicale actuelle, l'évaluation des pratiques est indispensable (7).

Dans le cadre de cet objectif, un guide : « Évaluation de la qualité de la tenue du partogramme » a été publié par l'Anaes en janvier 2000 (3).

Le partogramme fait partie du dossier médical : c'est l'enregistrement graphique de l'évolution du travail, de l'accouchement et des données de surveillance maternelles et fœtales qui s'y rattachent. Il existe une grande disparité dans la réalisation et la tenue des partogrammes et les risques qui en découlent, quant à la sécurité, lors de la prise en charge dans les salles de naissances sont potentiellement importants.

En 2000-2001, l'application de ce guide a été testée dans 43 établissements de santé volontaires, publics ou privés (3).

Ce référentiel portait sur l'ensemble du processus de prise en charge.

Ce thème, concret pour les professionnels de la naissance, a motivé les équipes qui se sont fortement impliquées dans la démarche.

Les supports en « kit » fournis par l'Anaes ont été appréciés même s'ils comportaient quelques imperfections.

Il existait un potentiel d'amélioration intéressant. La valeur pédagogique de l'audit était soulignée et des améliorations sensibles dans la qualité de la tenue du partogramme ont été retrouvées.

Cependant les plans d'actions d'amélioration n'étaient pas toujours clairement définis dans les rapports et les actions d'améliorations n'étaient parfois que de l'ordre de l'intention.

Les délais de réalisation de l'audit étaient trop importants d'où un « essoufflement » des équipes.

Enfin, le nombre de critères d'évaluation était jugé trop élevé.

À la lumière de ces résultats, il est apparu indispensable de bien distinguer les différents aspects de la pratique pour faciliter l'évaluation et surtout la mise en place d'actions d'amélioration.

En 2004-2005, à la faveur de l'expérimentation des **audits cliniques ciblés (ACC)**, un groupe de travail a été constitué afin de segmenter le référentiel de l'audit clinique. L'évaluation des pratiques

professionnelles pouvait alors être réalisée facilement, selon le processus de soins et/ou la catégorie professionnelle choisie.

Trois ACC pour trois objectifs définis ont été conçus :

- la tenue du partogramme (avec l'objectif d'améliorer la qualité de l'écrit) comportant 6 critères (PARTOten) ;
- la traçabilité du déroulement du travail (PARTOobs) comportant 12 critères ;
- la traçabilité des actes, des événements et des traitements au cours du travail (PARTOeve) comportant 11 critères.

Selon la méthode conseillée (Annexe 1 : Fiche méthode), seuls les critères spécifiques à chacun de ces processus sont retenus pour élaborer les grilles des ACC.

L'expérimentation menée en 2005 a permis de montrer l'intérêt des professionnels pour ce thème et la méthode proposée, ainsi que la faisabilité et l'acceptabilité par les équipes. Les améliorations rapides et importantes obtenues 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 ce thème permettent de répondre à l'obligation d'EPP du manuel d'accréditation V2 (4,6,7).

Ce rapport a pour but de présenter les résultats de cette expérimentation.

Des textes réglementaires (7-13) et des documents (14-24) ont été analysés et confortent l'orientation proposée lors de l'élaboration de ce référentiel.

3 – Le déroulement de l'expérimentation

3.1- 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, 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.

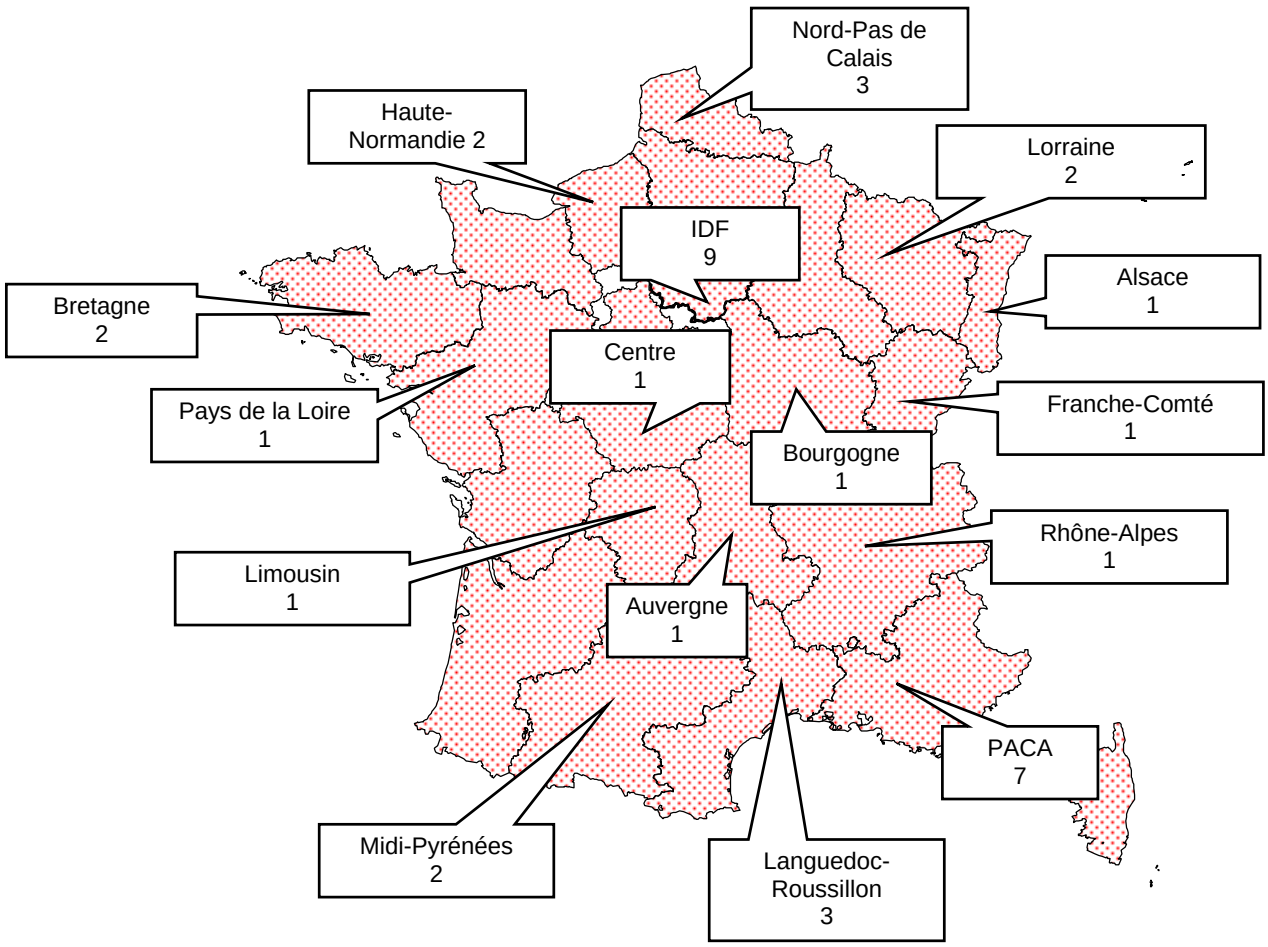
La première partie de cette formation a présenté la méthode et le déroulement du programme expérimental à l'ensemble des établissements.

Les référents ACC, thème et méthode, ont assuré en ateliers une seconde partie spécifique aux thèmes proposés. 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 (référentiel : grille, guide, protocole) et de se familiariser avec la manipulation du cédérom (diaporama et grille). L'atelier « partogramme » a été suivi par les 38 coordonnateurs du thème.

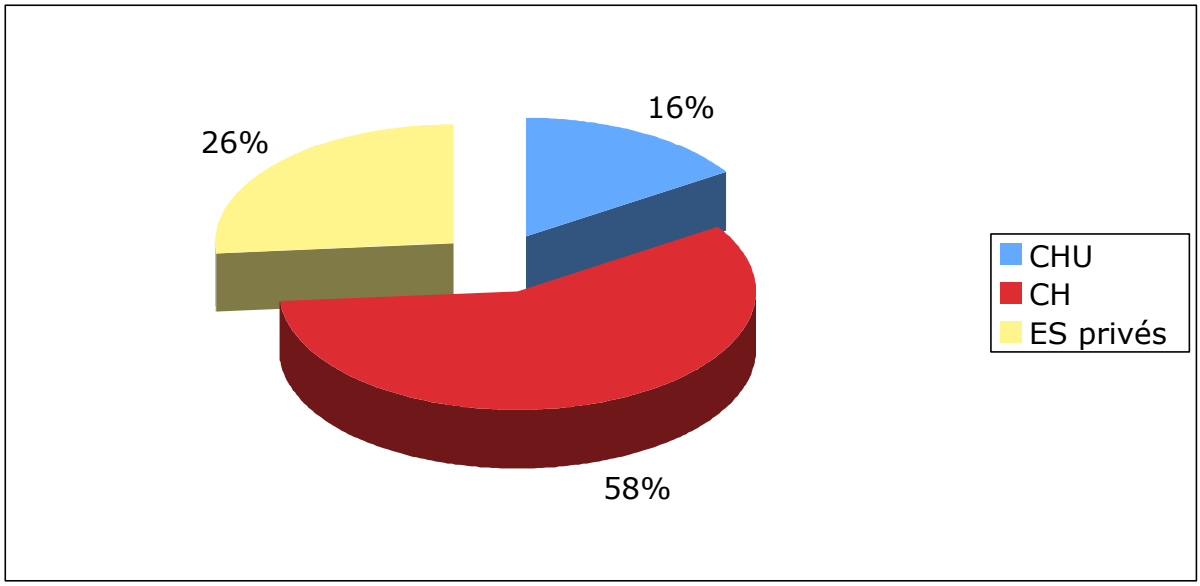
3.2 – Les ACC réalisés par région, par type d'établissement et par catégorie professionnelle des coordonnateurs

3.2.1- Engagement dans la démarche décembre 2004

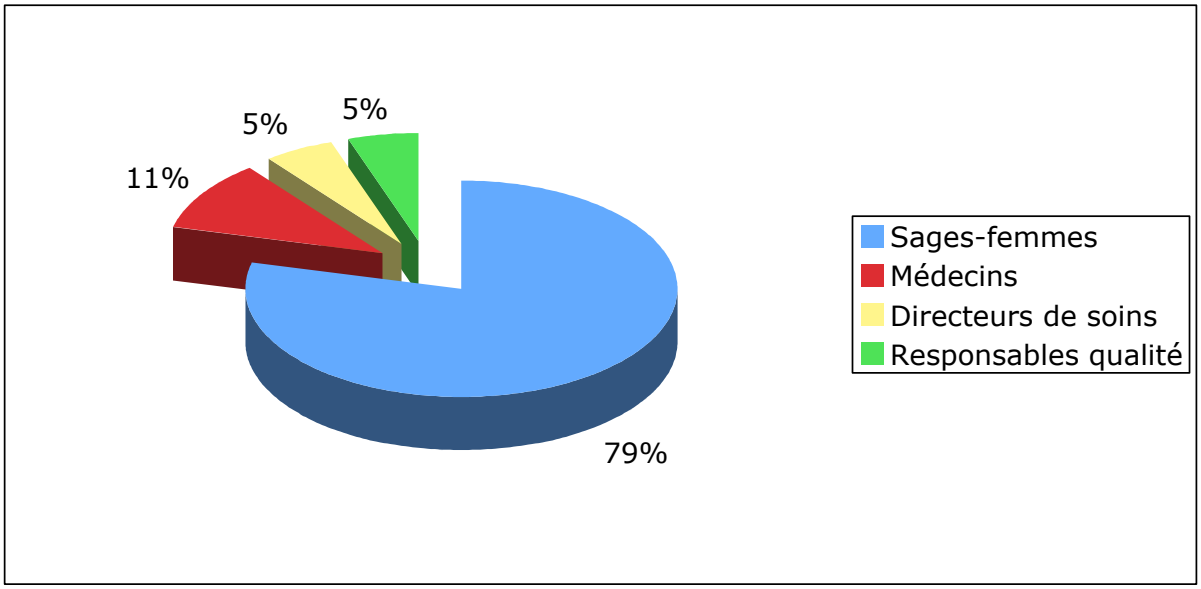
Répartition par région des 38 établissements ayant choisi le thème du PARTOGRAMME en décembre 2004



Répartition du type des 38 établissements ayant choisi le thème partogramme



Répartition, selon la catégorie professionnelle, des 38 coordonnateurs du thème partogramme



3.2.2 – Participation

Le nombre d'ACC réalisés au premier et au deuxième tour de l'évaluation est donné dans le tableau ci-dessous.

ACC	Tour 1	Tour 2
PARTOten	24	19
PARTOobs	23	18
PARTOeve	25	18
Total	**72**	**55**

Certaines équipes n'ont pas réalisé la seconde évaluation pour des raisons diverses :

- contraintes contextuelles ne permettant pas de poursuivre le projet (accréditation V1 ou V2, modifications de services, départs de responsables, etc.) ;
- actions d'amélioration mises en place à la suite de la première évaluation mais trop récentes (ou nécessitant du recul) pour en attendre une amélioration mesurable. Il pouvait s'agir, par exemple, d'un projet de réalisation, d'un nouveau partogramme ;
- enfin, la pénurie de professionnels dans la discipline et la situation de certaines maternités peuvent expliquer l'absence de deuxième évaluation.

Malgré tout, 76 % des ACC engagés initialement ont pu être menés jusqu'à leur terme.

3.2.3- Participation à l'évaluation complète (Tour 1 et 2)

En fonction de leur contexte et connaissant leurs potentiels d'amélioration, les équipes choisissaient d'effectuer un ou plusieurs ACC. Pour les 19 établissements ayant mené les 55 ACC jusqu'à la seconde évaluation, la répartition est la suivante : 16 ES ont effectué 3 ACC, 2 ES en ont effectué 2 et 3 ES en ont terminé 1.

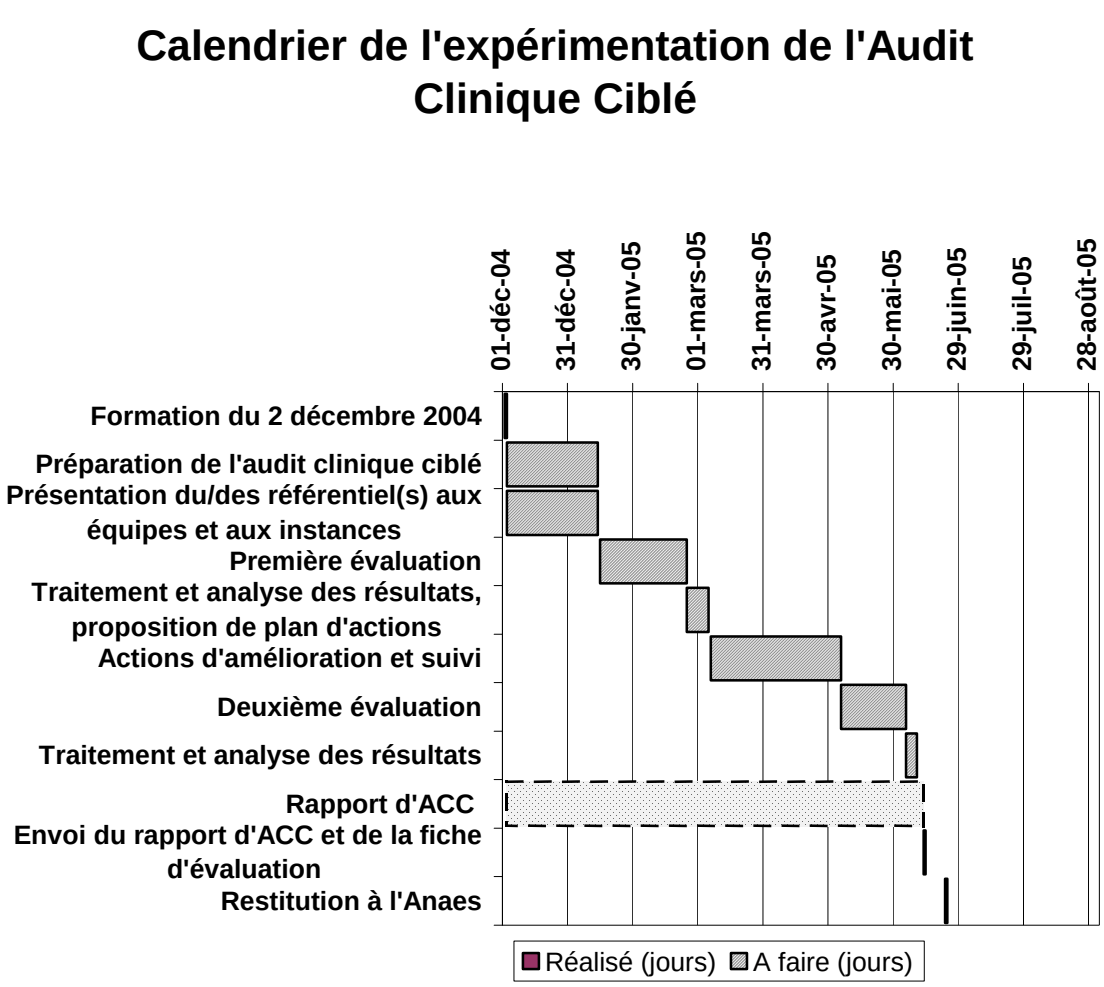
3.2.4- Les rapports d'audit effectués

À l'issue de l'expérimentation, 36 rapports d'audit ont été recueillis par la HAS. Certains coordonnateurs ont réalisé un rapport pour chaque ACC, d'autres ont synthétisé la démarche pour l'ensemble des ACC choisis par l'établissement.

Ce rapport est indispensable, il permet de garder la trace de la démarche, son déroulement, les difficultés rencontrées et les moyens utilisés pour les surmonter. C'est un élément important dans la communication des résultats et le suivi des actions d'amélioration proposées.

Il constitue enfin un élément de preuve de la prise en compte, par l'établissement, de la qualité de son activité et de l'implication des services et des professionnels.

3. La planification du projet



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

La planification d'un tel projet est indispensable. Elle va aider à maîtriser la réalisation des différentes phases de l'audit. Elle constitue par ailleurs un support de visualisation et de communication concernant l'avancement des actions.

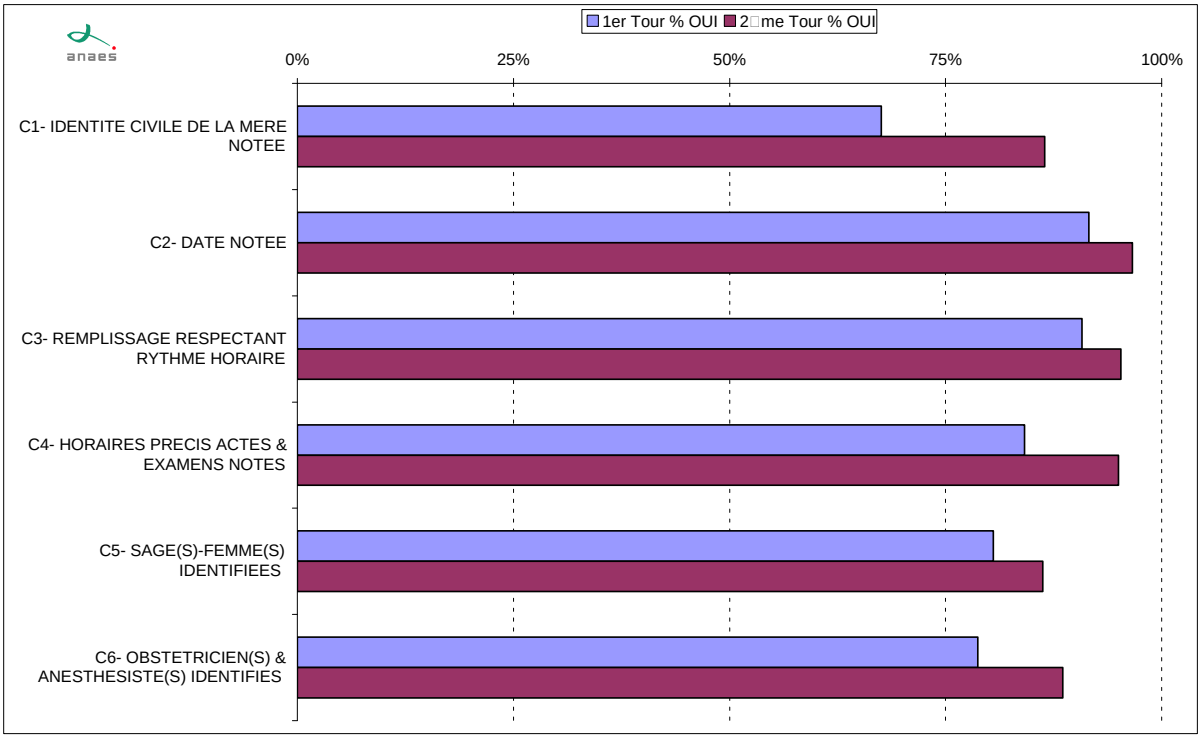
Cet outil, partie intégrante de la méthode, est utile pour indiquer clairement la date de commencement et de fin de chaque action, la durée, les chevauchements entre les différentes activités :

• les activités « clés » qui risquent d'être des obstacles si elles ne sont pas réalisées dans les délais impartis ;
• le niveau de responsabilité de chaque membre du groupe dans la conduite de l'audit.

4. Les résultats et leur analyse par ACC

▶ PARTOten

Cet ACC est ciblé sur l'importance d'éléments permettant de bien attribuer le partogramme à une patiente donnée. Il s'assure aussi de l'identification des professionnels ayant assuré la prise en charge. Le contenu « médical » peut paraître faible, mais l'importance médico-légale est essentielle. En effet, la traçabilité selon la norme ISO 8402, c'est « l'aptitude à retrouver l'historique […] d'une activité, […] ou d'activités semblables, au moyen d'une identification enregistrée. »



Pourcentage de conformité selon les critères, sur l'ensemble des 19 établissements ayant réalisé les deux évaluations (T1 et T2).

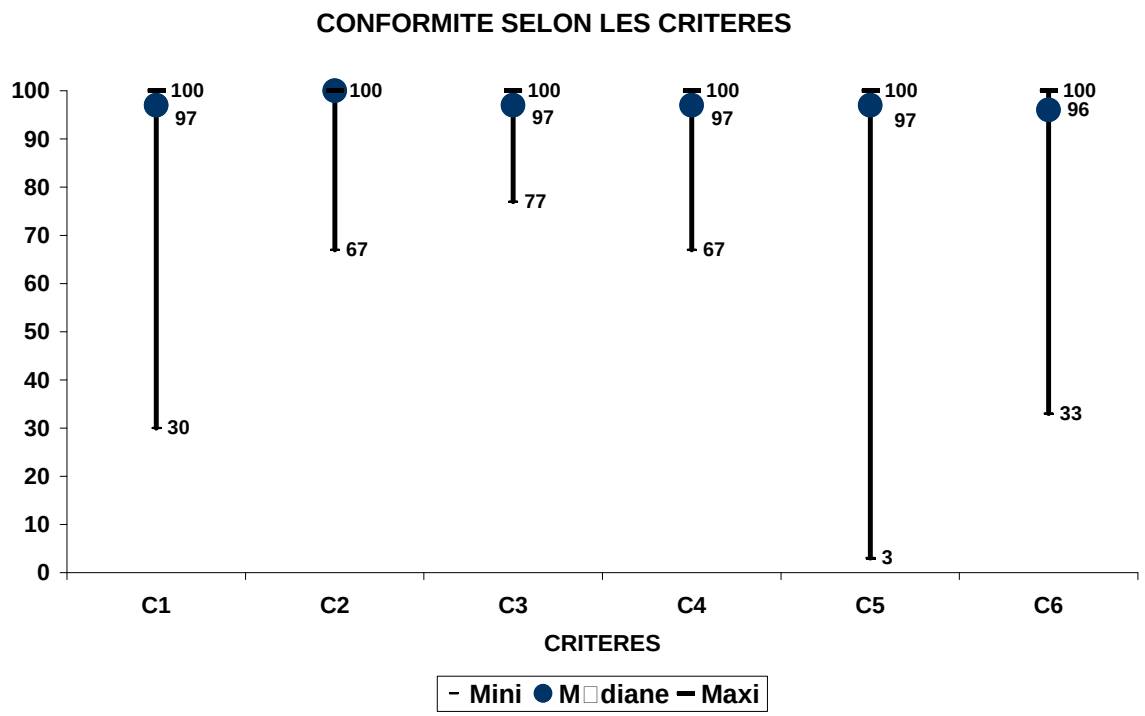
(Document généré à partir d'un outil issu du cédérom expérimental, élaboré par l'Anaes en 2004)

Ce graphique montre l'évolution de la conformité aux critères entre les deux périodes d'évaluation. Les équipes ont analysé 570 partogrammes lors de la première évaluation et 561 lors de la deuxième. Les pourcentages globaux cachent des réalités bien différentes. Certains services ont une conformité à 100 % pour certains critères (notamment l'identité de la mère), dès la première évaluation.

Les graphiques suivants indiquent l'évolution de la conformité aux critères entre la première évaluation et la deuxième, avec la distribution des résultats selon les services. On peut être surpris de la non-conformité totale pour certains critères (notamment l'identité de la mère et des professionnels) mais cela traduit souvent des habitudes de service (intégration du partogramme au sein d'un dossier plus complet) plus qu'une absence totale de ces informations. Cependant, l'absence d'identification du partogramme, lui-même, reste une source de confusion et d'erreur.

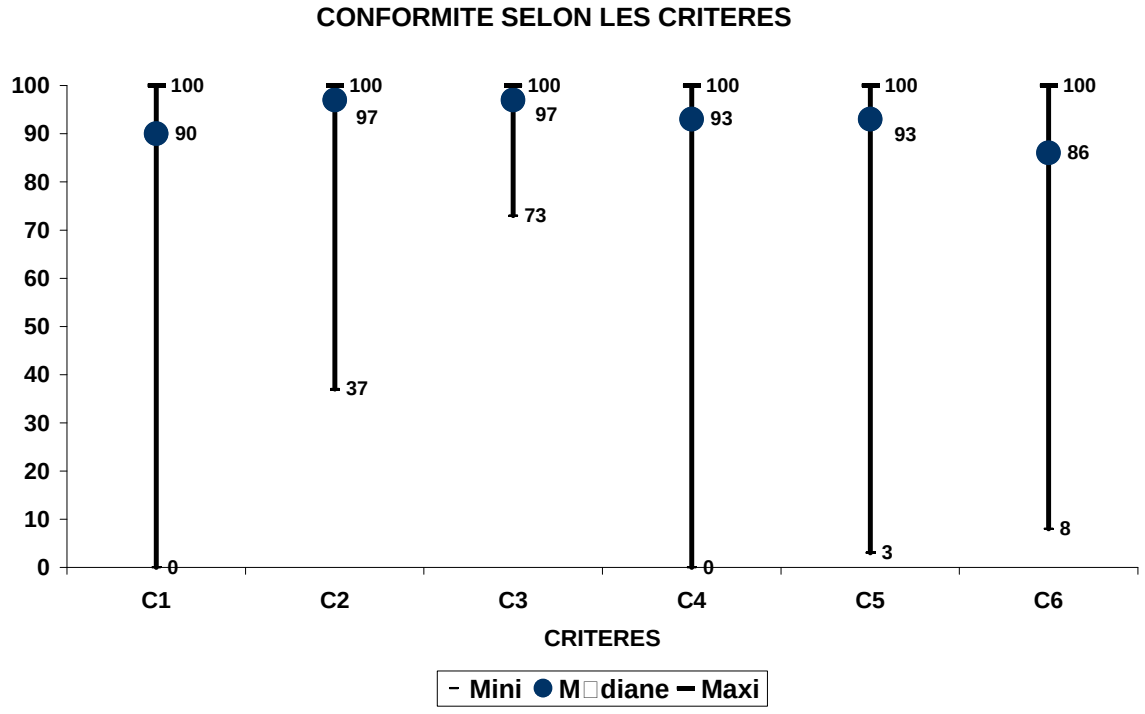
La mise en conformité a donc pu être réalisée, pour certains services, rapidement entre les deux évaluations. Pour l'ensemble des services, l'amélioration entre les deux évaluations a concerné prioritairement les critères 1 (identité de la mère), 4 (horaires précis des actes et examens) et 6 (identification des obstétriciens et anesthésiste).

Tour 1 PARTOten



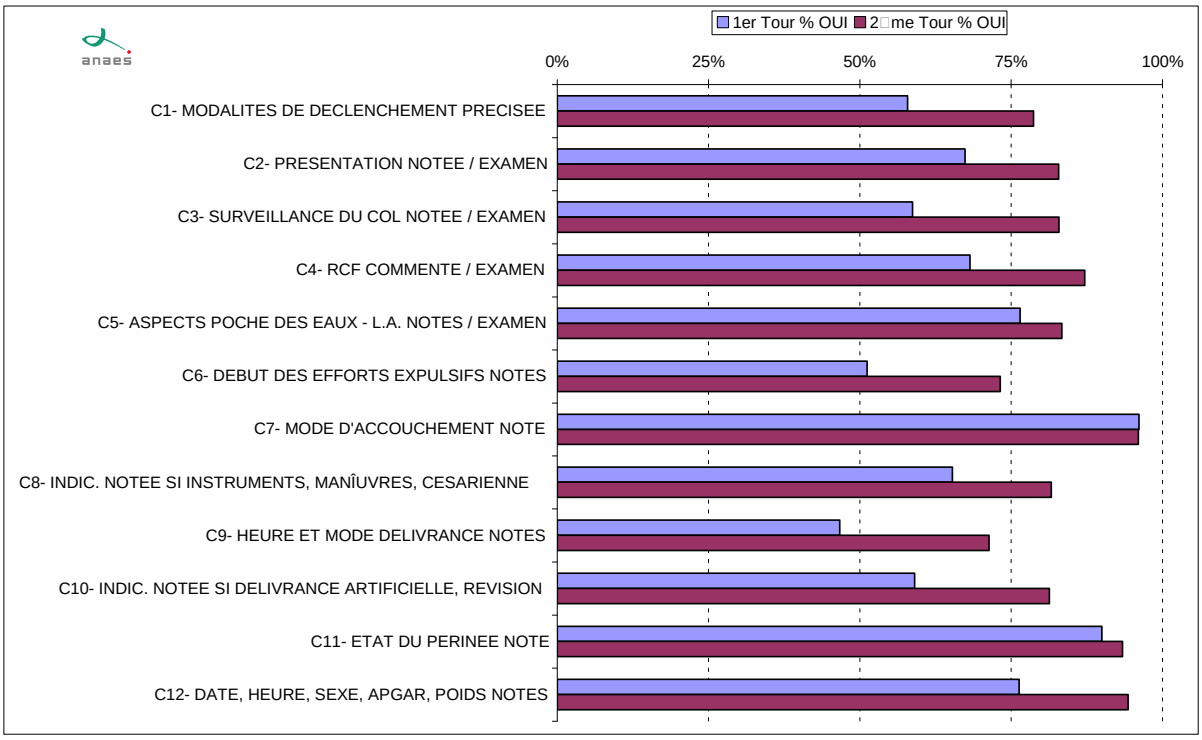
Répartition du pourcentage de conformité selon les critères par services
(Rappel : la médiane est la valeur de l'observation qui sépare une série ordonnée en 2 parties égales)

Tour 2 PARTOten



▶ PARTOobs

Cet audit clinique est ciblé sur la qualité de suivi du travail, de l'accouchement et de son résultat.

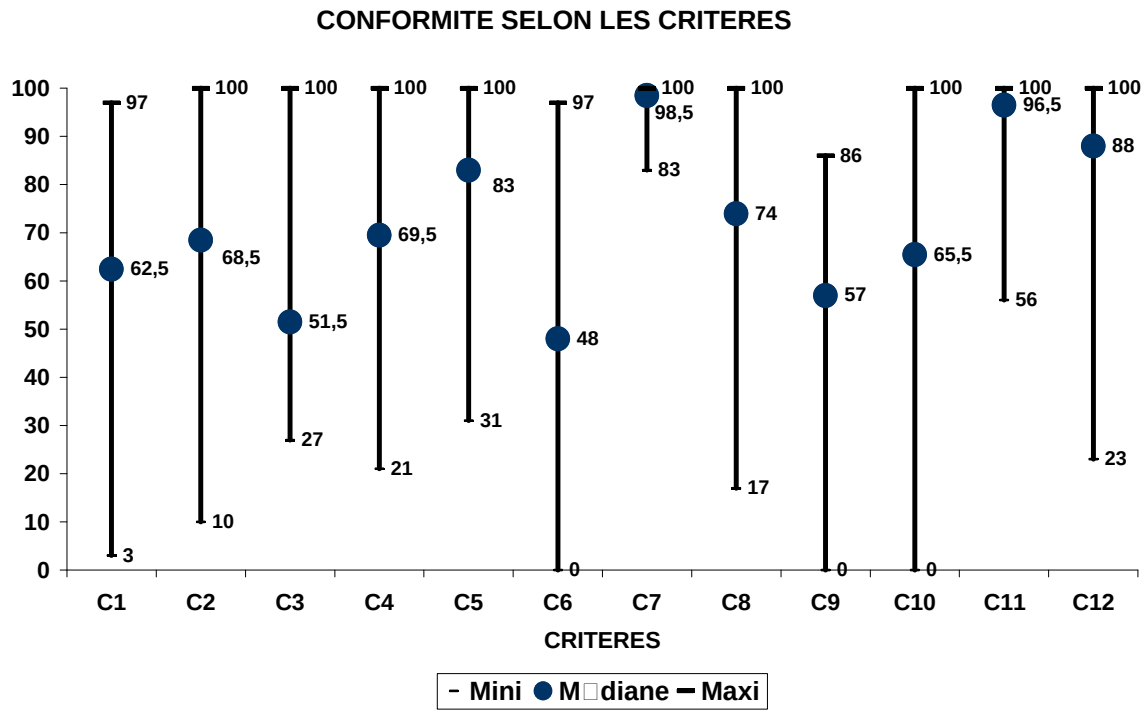


Pourcentage de conformité selon les critères, sur l'ensemble des 18 établissements ayant réalisé les deux évaluations (T1 et T2).

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

Pour cette évaluation, 540 partogrammes ont été analysés lors du premier tour et 531 lors du deuxième. En dehors du mode d'accouchement et de l'état du périnée, la conformité initiale était relativement faible. L'amélioration a porté sur l'ensemble des autres critères (notamment les critères 3, 6 et 9) lors de la deuxième évaluation. Il ne subsistait aucune équipe avec une conformité nulle (critères 6, 9 et 10), comme on peut le voir sur les graphiques suivants.

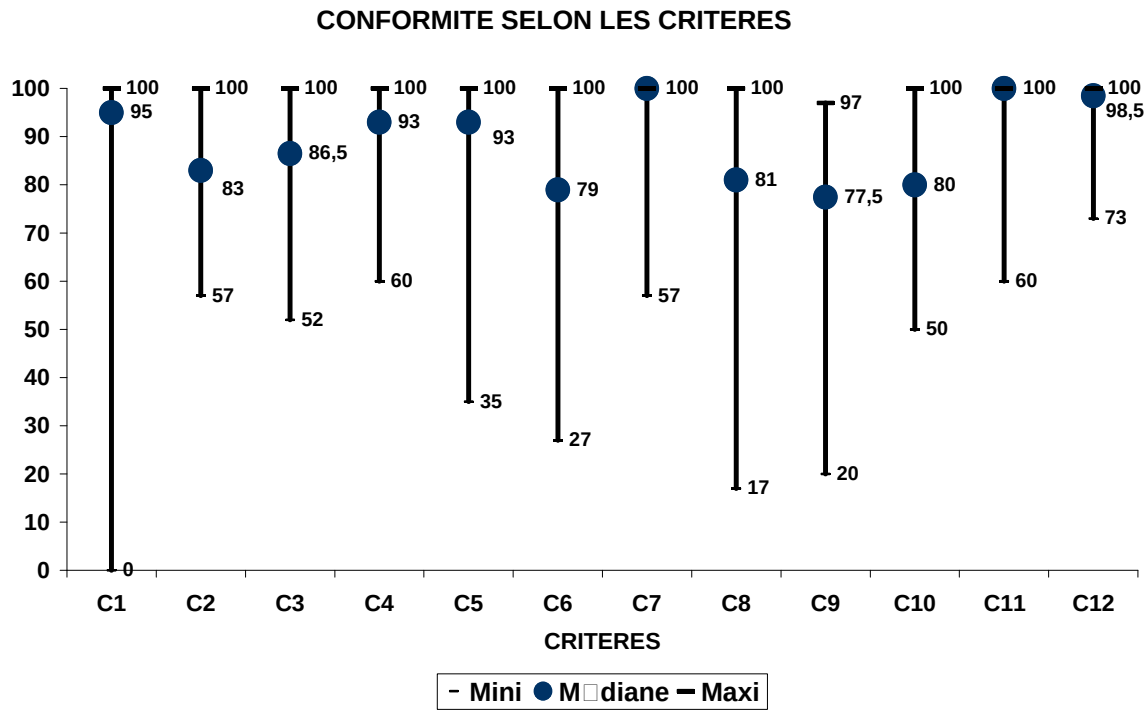
Tour 1 PARTOobs



Répartition du pourcentage de conformité selon les critères par services

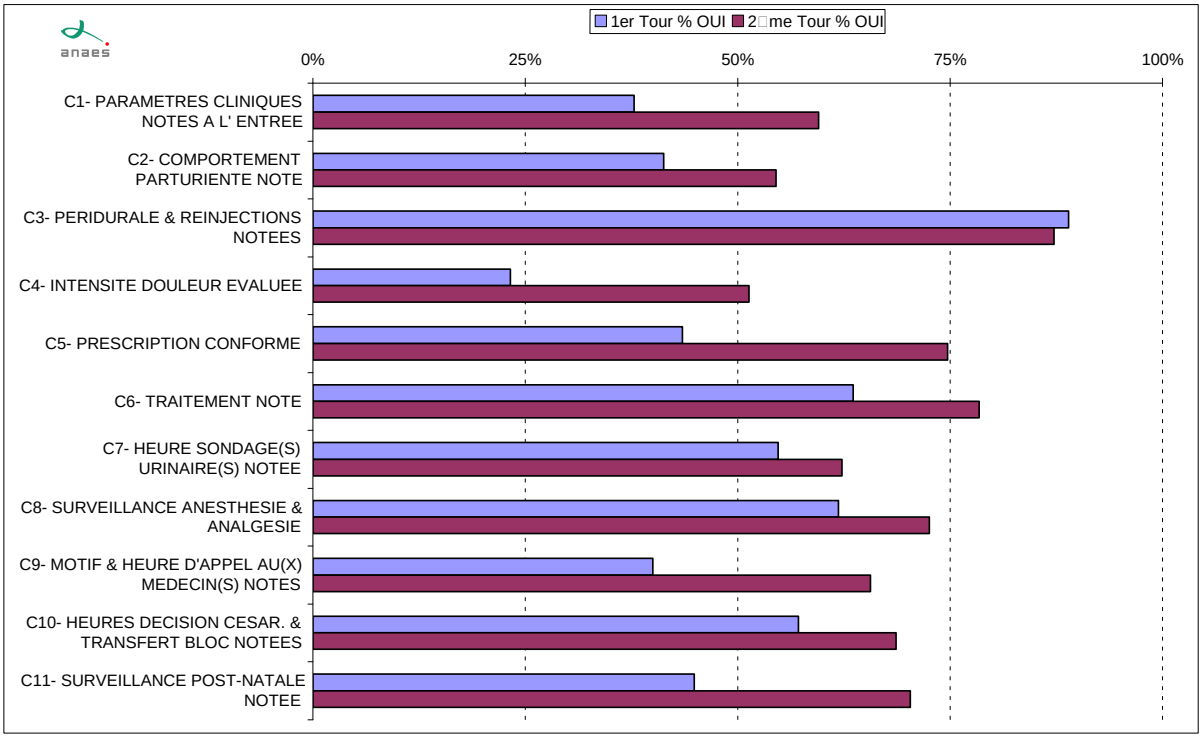
(Rappel : la médiane est la valeur de l'observation qui sépare une série ordonnée en 2 parties égales)

Tour 2 PARTOobs



▶ PARTOeve

Cet audit est ciblé sur les événements survenant au cours de l'accouchement (traitements prescrits, sondage, péridurale, césarienne) mais aussi sur la prise en charge de la mère (critères 2 et 4) et de l'enfant.



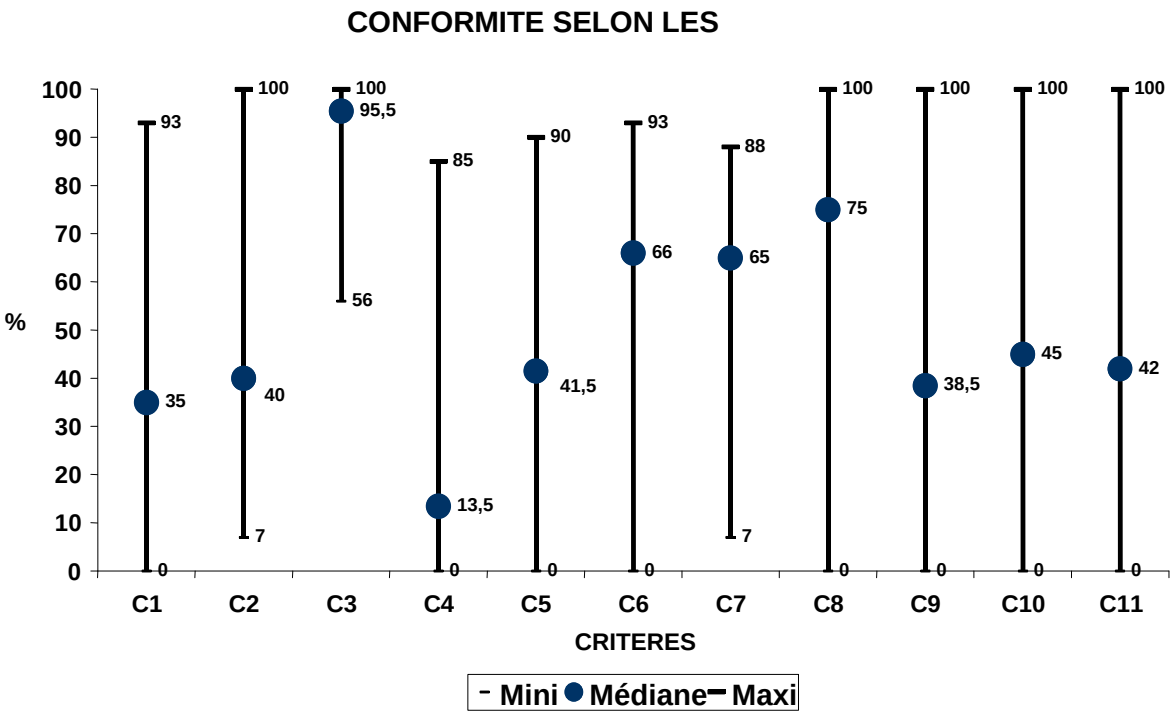
Pourcentage de conformité selon les critères, sur l'ensemble des 18 établissements ayant réalisé les deux évaluations (T1 et T2).

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

Pour cet aspect de la prise en charge, 540 partogrammes ont été analysés lors de la première évaluation et 531 lors de la deuxième.

La plupart des critères étaient initialement déficitaires et aucun, hormis le suivi des péridurales, n'atteignait 75 %. Le comportement de la mère et l'évaluation de sa douleur étaient particulièrement peu pris en compte. L'amélioration, répartie sur l'ensemble des critères, a concerné pour moitié les critères 5, 10, 4 et 9. Elle a été globalement modeste. L'altération de la conformité au critère 3 pourrait s'expliquer par le changement de support (feuille de surveillance d'anesthésie – partogramme) entre les deux évaluations, avec nécessité d'un temps d'acquisition des nouveaux comportements.

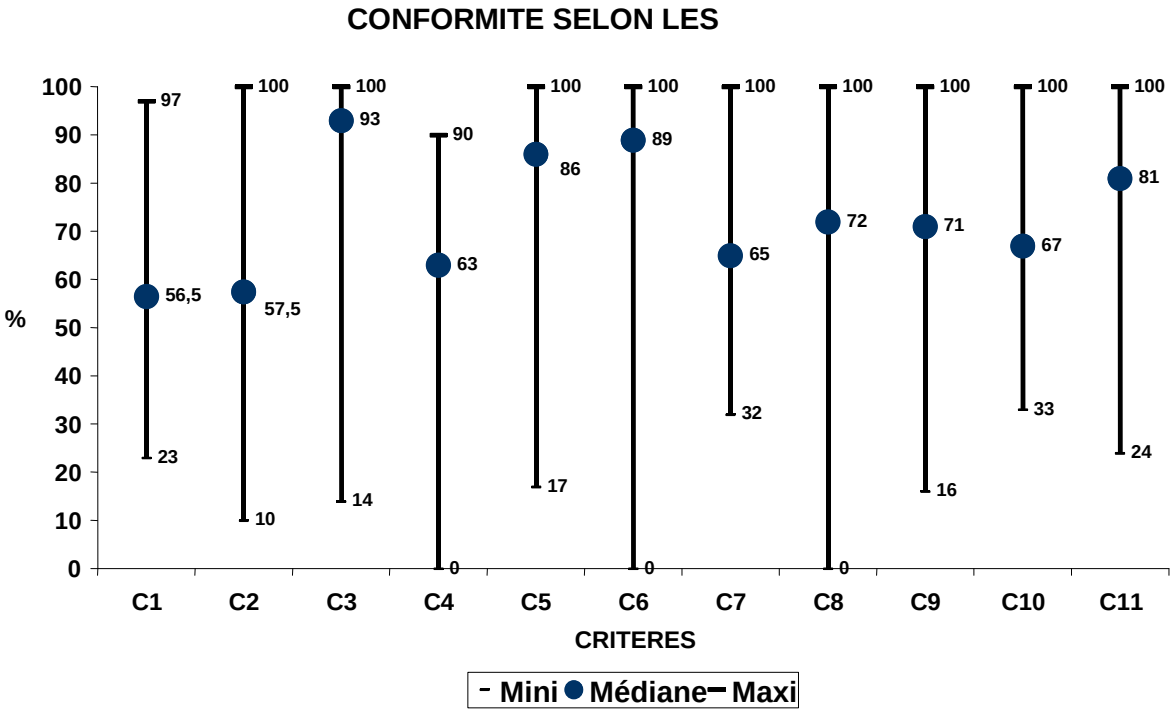
Tour 1 PARTOeve



Répartition du pourcentage de conformité selon les critères par services

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

Tour 2 PARTOeve

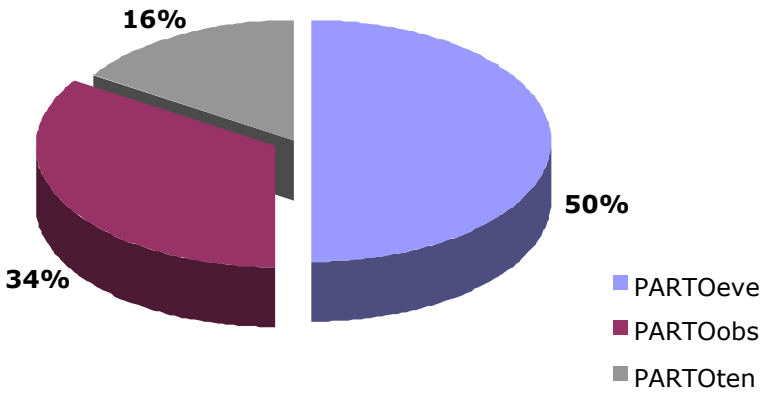


5. Les actions d'amélioration mises en place

Le nombre d'actions d'amélioration a été variable selon les équipes et le type d'ACC. Le graphique suivant exprime la répartition du nombre d'actions selon l'ACC.

Il n'est pas surprenant que l'ACC PARTOeve ait été à l'origine du plus grand nombre de propositions étant donné la faible conformité globale initiale et l'importance médico-légale des événements analysés par cet audit ciblé.

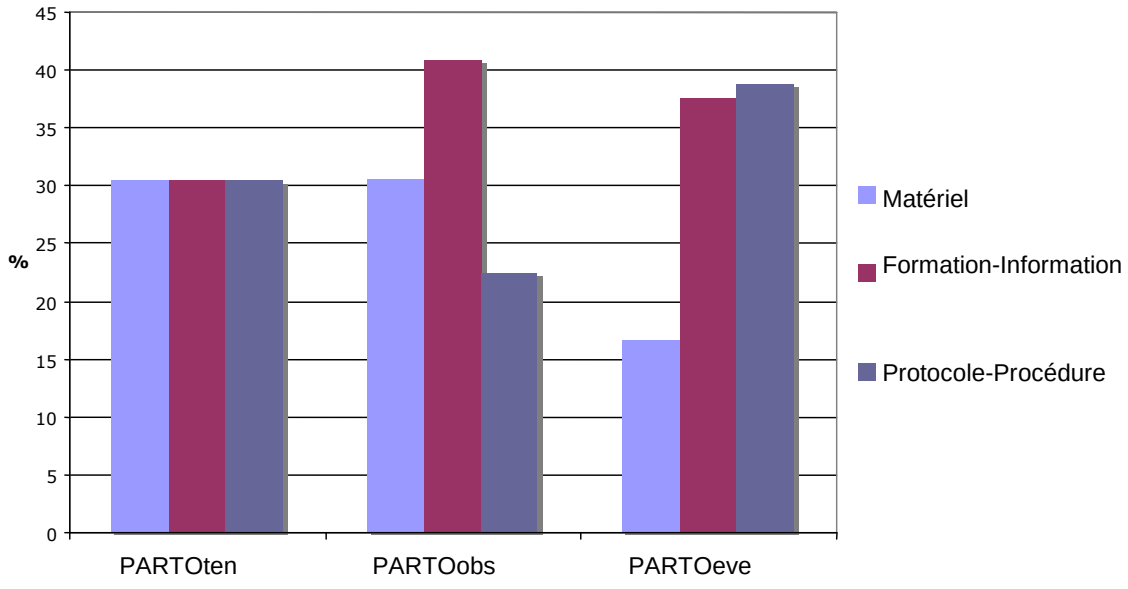
Nombre d'actions d'amélioration selon l'ACC



Les actions d'amélioration envisagées dépendaient des résultats de chaque équipe, des habitudes et des projets de service, du contexte de chaque établissement et du domaine exploré par l'ACC. Il a été indispensable d'adopter une typologie des actions pour communiquer en interne (et en externe) mais aussi pour, au niveau national, avoir une vue d'ensemble des différents thèmes et ACC.

Pour les ACC du partogramme, la grande majorité (plus de 90 %) des actions d'amélioration proposées appartenait à trois domaines : actions pour l'amélioration du matériel ou des ressources disponibles, actions pour « l'information-formation » et enfin l'obtention de « protocole-procédures ». La répartition selon l'ACC est donnée par le graphique ci-dessous :

Types principaux d'actions d'amélioration selon l'ACC



5.1 Des exemples d'actions d'amélioration

Les actions d'amélioration concernant le matériel ou les locaux

Créer un nouveau partogramme avec son guide d'utilisation (et le lexique d'abréviations admises).
Créer un groupe de travail pour concevoir un nouveau partogramme régional.
Modifier le partogramme existant pour disposer de plus de place.
Ajouter des items supplémentaires au partogramme, à remplir systématiquement pour éviter l'oubli.
Modifier le lieu de traitement des dossiers.
Intégrer le dossier anesthésie au dossier obstétrical.
Coller une étiquette d'identité sur le partogramme.
Disposer d'un tampon encreur.
Équiper toutes les sages-femmes d'une règle d'évaluation de la douleur.

Les actions « d'information-formation »

Communiquer lors des « staffs ».
Organiser des réunions d'information.
Penser à informer les remplaçants, les intérims et les vacataires.
Former à la tenue du partogramme.
Rappeler des obligations de chaque professionnel (signature des actes, observations et prescriptions).
Insister sur les conséquences d'un manque de traçabilité.
Afficher les résultats du premier tour de l'évaluation en salle de travail.

Les « protocoles-procédures »

Référencer les initiales et signatures de tous les prescripteurs.
Constituer une liste d'abréviations utilisées dans le service.
Remettre à jour des prescriptions autorisées des sages-femmes.
Évaluer régulièrement et systématiquement, pendant le travail, la douleur à l'aide d'une échelle commune.

Mais aussi : obtenir un effort des médecins pour les prescriptions et éduquer et/ou informer les patientes.

5.2 Les bénéfices induits par la démarche

La réactivité des équipes s'est manifestée sous différentes formes :
- certaines « mauvaises » pratiques ont été corrigées par le simple fait d'avoir réalisé l'auto-évaluation ;
- des objectifs à court terme ont été arrêtés : améliorer la traçabilité et uniformiser les pratiques ;
- différents groupes de travail sur les actions d'amélioration ont été constitués à la suite du premier tour et poursuivent leurs projets.

Points forts

L'ACC a permis à 2 maternités d'un même hôpital de travailler ensemble sur le partogramme (constituant, pour cet ES, le premier cas de rapprochement d'équipes).

Les équipes ont été globalement satisfaites de ces ACC.

Points faibles

Déception de certaines équipes ayant analysé plus de 30 dossiers de ne pas pouvoir les inclure dans l'outil informatique (limité volontairement, pour l'expérimentation, à 30 observations).

Problème d'exigences différentes entre le diagramme du partogramme conseillé par l'Association des utilisateurs de dossiers informatisés en pédiatrie, obstétrique et gynécologie (AUDIPOG) et les recommandations de la HAS. Le souhait d'harmoniser les outils et de conserver une cohérence pour la traçabilité des pratiques a été exprimé.

5.3 Les répercussions de l'expérimentation sur le contenu des ACC

Une coordination exemplaire a été à l'origine de cette évolution : les professionnels de terrain ont réalisé l'expérimentation et échangé avec leurs coordonnateurs en établissements de santé avec le soutien des référents méthodes régionaux.
Cette coordination et les discussions, lors des ateliers pendant la restitution nationale du 23 juin 2005, ont abouti à des modifications des grilles et à l'inclusion de précisions complémentaires dans les guides des ACC sur le partogramme :

Pour l'ACC PARTOten

Critère 3 : a été ajouté dans le guide : « En cas d'accouchement rapide (durée inférieure à 1 heure) cocher **OUI** ».
Critère 6 : (11 % de Non Adapté – NA) Le partogramme doit pouvoir permettre de savoir qui a réalisé les actes (certaines équipes notaient l'équipe de garde complète). Cette notion doit être ajoutée dans le guide. Il faut, par ailleurs, préciser les conditions de l'emploi du NA : « lorsque l'accouchement n'a nécessité l'intervention d'aucun spécialiste (obstétriciens, pédiatres, anesthésistes) cochez NA ».

Pour l'ACC PARTOobs

Critère 1 : le NA n'est pas possible. Il faut donc modifier l'intitulé : « Préciser les modalités d'entrée en travail ».
Critère 5 : il semble y avoir eu une mauvaise compréhension de ce critère. Il faut accepter que les éléments inchangés ne soient pas réécrits, ou accepter le terme « *idem* » pour éviter de cocher « NON » sur la grille. Proposition d'intégrer des réponses à choix multiples pour faciliter la saisie avec constitution d'une liste d'abréviations admises.
Critère 6 : le NA est possible dans les situations de césarienne pendant le travail. La grille doit donc être adaptée.
Critère 9 : *idem* le critère 6.

Pour PARTO eve

Critère 3 : l'intitulé du critère devrait être « la *pose* de la péridurale… ».

Critère 8 : la surveillance de la pose et de l'utilisation de la péridurale est un mauvais critère pour l'évaluation du partogramme lui-même. En effet, le type de dossier adopté est variable d'un service à l'autre, sans que cette variabilité soit, *a priori*, génératrice de dysfonctionnement (dissociation, ou non, du partogramme et du dossier anesthésie). Il a été retenu qu'il fallait avoir la trace de cette surveillance **quel que soit le support** (puisque certaines équipes avec infirmier anesthésiste (IADE) notent la surveillance sur une fiche spécifique d'anesthésie). **L'important est donc de retrouver l'élément dans le dossier du patient.**

Critère 11 : certaines femmes en postcésariennes sont surveillées en salle de soins postinterventionnelle par l'IADE, cochez « NA ». Il a été précisé sur le guide la durée de la surveillance du post-partum immédiat (2 heures après la naissance).

Ces ACC sont donc des outils affinés au contact des professionnels de terrain et disponibles pour les professionnels des établissements de santé (Bon de commande_CDR.doc).

Conclusion

Dans un souci de meilleure compréhension, l'intitulé initial du thème (« ACC du partogramme ») a été modifié et remplacé par « Audit clinique ciblé de la surveillance du travail et de l'accouchement par la tenue du partogramme ».

Les sages-femmes ont été motivées pour utiliser ces outils et améliorer les pratiques. La seule déception provenait de l'impression de ne pas avoir eu assez de temps pour la discussion de l'amélioration du référentiel.
Elles souhaiteraient disposer d'autres outils d'évaluation « clé en main » dans différents domaines de l'obstétrique.

6. Validation de la méthode pour le thème du partogramme

Parmi les équipes qui se sont engagées sur le programme d'ACC, 76 % ont mené à bien l'expérimentation dans les temps impartis. Ceci nous a convaincus de la faisabilité et acceptabilité de la méthode.

Une enquête de satisfaction, menée en fin d'expérimentation, a montré que 98 % des participants étaient satisfaits ou très satisfaits et que 94 % des professionnels étaient prêts à encourager d'autres équipes à s'engager dans cette évaluation par ACC. Il existait un accord fort sur le fait que cette méthode simplifie la conduite de l'audit clinique et sensibilise réellement à l'évaluation des pratiques. Le rôle du nombre limité de critères est unanimement apprécié dans la réduction du temps de préparation mais aussi pour son impact sur la rapidité du recueil et du traitement des données de l'audit.

Les actions immédiates mises en œuvre au sein des services par les professionnels ont permis d'améliorer rapidement le niveau de qualité et de sécurité des soins.
Nous avons constaté également que des actions à plus long terme étaient nécessaires. Pour qu'elles puissent être engagées, elles doivent être intégrées dans l'organisation générale des services afin que la démarche soit institutionnalisée.
Les nombreuses actions en faveur de la qualité de la traçabilité ont été proposées.
L'expérimentation a permis de vérifier la faisabilité et l'acceptabilité de la méthode en général (voir Annexe 1 : fiche méthode audit clinique ciblé) et de son applicabilité sur le thème du partogramme.

Annexes

Annexe 1 : Fiche méthode

AUDIT CLINIQUE CIBLE (ACC)

Méthode de première intention – approche par comparaison

Définition

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

Champ d'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 de 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 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.

Synonyme, équivalents en anglais, 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. À la suite 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 audits 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 de 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 poursuivis (conformité à la réglementation, à des recommandations de pratique clinique avec un haut niveau de preuve, recherche d'amélioration, problème de santé publique ou sécurité du patient…) :
    - définir un objectif ciblé sur l'amélioration de la pratique et non sur l'évaluation des personnes oui un problème d'organisation générale,
    - désigner un responsable de projet ayant une légitimité professionnelle.

Description

La méthode comporte 6 étapes (elles pourraient idéalement être suivies d'une septième avec recueil d'indicateurs).

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 d'un 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 référentiels d'ACC existant sur le thème choisi.
- S'il n'existe pas de référentiel d'ACC, la sélection des critères dans le référentiel disponible se fait selon les objectifs de l'établissement ou du service et des répercussions sur la qualité et la qualité du service rendu au patient.
- Construction des grilles de recueil des données et du guide qui les accompagne.
- Élaboration du protocole d'étude avec détermination :
  - des critères d'inclusion et d'exclusion ;
  - du type d'étude (rétrospectif ou prospectif) ;
  - du mode de recueil des données et les sources d'information ;
  - de la taille de l'échantillon ;
  - de la période d'évaluation.
- Test de la feuille de recueil de données et réajustement si besoin.
- 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 (première évaluation)

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

ÉTAPE 3 CHECK : analyse des résultats de la première évaluation

- Traitement des données recueillies : calcul de l'écart entre les valeurs observées et celles qui sont attendues d'après le référentiel (standards).
- Analyse des résultats.
- Recherche des causes des écarts.
- Définition des axes d'amélioration.
- Rédaction du rapport de la première évaluation.

ÉTAPE 4 ACT : plan d'action des améliorations

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

ÉTAPE 5 Nouveau recueil (deuxième évaluation)

ÉTAPE 6 Analyse des résultats de la deuxième évaluation

- Analyse des résultats.
- Comparaison avec les résultats de la première évaluation.
- Recherche des causes des écarts résiduels.

ÉTAPE 7 Idéalement

- Mise en place de nouvelles mesures correctives si des écarts persistent.
- Suivi d'indicateurs pour s'assurer du bénéfice à long terme.

Annexe 2 : Documents de l'expérimentation 2004-2005

GRILLE DE RECUEIL DES DONNÉES
ACC n°1 « Tenue du partogramme » (PARTOten)

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

OBJECTIF : améliorer la qualité de la tenue du partogramme

N°	CRITÈRES	OUI	NON	NA	SOURCE	COMMENTAIRES
1	L'identité civile de la mère est notée*.				DPA	
2	La date est notée.				DPA	
3	Le remplissage du partogramme respecte le rythme horaire*.				DPA	
4	L'horaire précis de chaque acte et/ou examen est noté.				DPA	
5	Le partogramme permet de retrouver le nom de(s) la sage(s)-femme(s).				DPA	
6	Le partogramme permet de retrouver le(s) nom(s) de(s) obstétricien(s) et/ou anesthésiste(s) intervenants*.				DPA	

DPA = dossier du patient

GUIDE D'UTILISATION DE LA GRILLE DE RECUEIL
ACC n°1 « Tenue du partogramme » (PARTOten)

Critère 1 **L'identité civile de la mère est notée** : date de naissance, nom marital, nom de jeune fille, prénom (une étiquette administrative d'identité acceptée).

Critère 3 **Le remplissage du partogramme respecte le rythme horaire.**
L'allure du graphe pouvant intervenir dans la prise de décision, l'échelle de temps est importante.
En cas d'accompagnement rapide (durée inférieure à 1 heure) cocher **OUI**.

Critère 6 **Le partogramme permet de retrouver le(s) nom(s) de(s) obstétricien(s) et/ou anesthésiste(s) intervenants*.**
Cocher **NA** si l'accouchement n'a nécessité l'intervention d'aucun spécialiste.

GRILLE DE RECUEIL DES DONNÉES
ACC n°2 « Obstétrique » (PARTOobs)

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

OBJECTIF : améliorer la traçabilité de la continuité du déroulement du travail						
N°	**CRITÈRES**	**OUI**	**NON**	**NA**	**SOURCE**	**COMMENTAIRES**
1	La modalité d'entrée en travail est précisée.				DPA	
2	La présentation du fœtus, sa variété et son niveau sont notés à chaque examen.				DPA	
3	La surveillance du col utérin (longueur, consistance, dilatation) est notée à chaque examen.				DPA	
4	Le rythme cardiaque fœtal est commenté à chaque examen.				DPA	
5	L'état et l'aspect de la poche des eaux et/ou du liquide amniotique sont notés à chaque examen.				DPA	
6	Le début des efforts expulsifs est noté.				DPA	
7	Le mode d'accouchement est noté.				DPA	
8	L'indication de l'extraction instrumentale, manœuvres ou césarienne est notée.				DPA	
9	L'heure et le mode de délivrance sont notés.				DPA	
10	Si délivrance artificielle et/ou révision de la cavité utérine, l'indication est notée.				DPA	
11	L'état du périnée est noté.				DPA	
12	La date, l'heure, le sexe, l'Apgar et le poids sont notés.				DPA	

DPA = dossier du patient

GUIDE D'UTILISATION DE LA GRILLE DE RECUEIL ACC n°2 « Obstétrique » (PARTOobs)

Critère 1 La modalité d'entrée en travail est précisée.
Le partogramme comprend la modalité de déclenchement (travail spontané ou déclenchement artificiel du travail **et son indication**).

Critère 2 La présentation du fœtus, sa variété et son niveau sont notés.
Cet item comprend les différents types de présentation (sommet, face, bregma, front siège complet ou décomplété) en fonction du fléchissement et de l'asynclitisme en phase active du travail et l'apparition d'une bosse sérosanguine. Un schéma représentant la présentation et la variété est accepté. Le niveau ou hauteur de la présentation : mobile, appliquée, fixée, engagée, partie haute, moyenne ou basse.

Critère 3 La surveillance du col utérin comporte les éléments suivants : position, longueur, consistance et dilatation.
Cochez « **OUI** » si tous les éléments suivants figurent au moins au premier examen. Lors des examens suivants, il est toléré que ne figurent que la dilatation et la consistance du col.
Si l'accouchement est imminent à l'admission, cocher « **NA** ».

Critère 4 Le rythme cardiaque fœtal est commenté à chaque examen, sauf en cas de MFIU (cocher NA) :

- normal ;
- anomalies notées en clair : bradycardie, tachycardie, amplitude des oscillations, ralentissements précoces, tardives ou variables.

Critère 5 L'état et l'aspect de la poche des eaux doivent être décrits à chaque examen (intacte, rompue, fissurée). L'aspect et l'estimation de la quantité du liquide amniotique sont notés lors de la rupture des membranes puis à chaque examen.
En cas d'élément inchangé accepter « *idem* ».

Critère 7 Le mode d'accouchement est noté.
Cet item doit préciser :

- expulsion spontanée ;
- extraction instrumentale (spatules, forceps, ventouse) ;
- césarienne ;
- manœuvres (s'il y en a).

Critère 8 L'indication de l'extraction instrumentale, manœuvres ou césarienne est notée dans le partogramme. Pour les césariennes si CRO dans le dossier cochez **« OUI** ».

Critère 9 L'heure et le mode de délivrance sont notés.
Cochez « **OUI** » si l'heure et les modalités de délivrance (dirigée, naturelle, complète, incomplète, artificielle ou manuelle) sont notées.

Critère 11 L'état du périnée est noté.
Cet item doit préciser : intact, le type de déchirure, l'épisiotomie, les modalités de réfection.

Critère 12 La naissance : l'Apgar est mentionné à 1 min **et** à 5 min.

GRILLE DE RECUEIL DES DONNÉES
ACC n°3 « Événements du partogramme » (PARTOeve)

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

OBJECTIF : améliorer la traçabilité des actes, événements et traitements survenus au cours du travail						
N°	**CRITÈRES**	**OUI**	**NON**	**NA**	**SOURCE**	**COMMENTAIRES**
1	Les paramètres cliniques sont notés à l'entrée (PA, pulsations, température).				DPA	
2	Le comportement de la mère pouvant nuire à sa sécurité est noté.				DPA	
3	La pose de la péridurale et ses réinjections sont notées.				DPA	
4	L'intensité de la douleur est évaluée.				DPA	
5	La prescription est conforme à la réglementation (nom du prescripteur, nom du médicament, posologie, voie d'administration).				DPA	
6	Tout médicament administré fait l'objet d'un enregistrement.				DPA	
7	L'heure du (des) sondage (s) urinaire(s) est notée.				DPA	
8	La surveillance d'anesthésie ou d'analgésie est associée au partogramme.				DPA	
9	Le motif et l'heure d'appel au(x) médecin(s) spécialiste(s) sont notés.				DPA	
10	L'heure de décision de césarienne puis de transfert au bloc opératoire est notée.				DPA	
11	La surveillance postnatale est notée sur le partogramme.				DPA	

DPA = dossier du patient

GUIDE D'UTILISATION DE LA GRILLE DE RECUEIL ACC n° 3 « Événements du partogramme » (PARTOeve)

Critère 1 Les paramètres cliniques sont notés à l'entrée.
Au début du partogramme, on doit trouver la PA, le pouls, la température. Puis tenir compte du contexte clinique (rupture de la PDE, hyperthermie, hyper- ou hypo-TA et des habitudes de service).
Cochez « **NON** » si ce n'est pas le cas.

Critère 2 Le comportement de la mère pouvant nuire à sa sécurité est noté au moins une fois.
Exemple : calme, agitée, coopérante…

Critère 4 L'intensité de la douleur est évaluée éventuellement avec une échelle de la douleur validée.

Critère 5 La prescription est conforme à la réglementation.
Le nom des médicaments est noté en clair : l'abréviation « synto » pour le Syntocinon est acceptée. Attention aux abréviations illisibles. La posologie du médicament doit être explicitée sous la forme suivante : unité, dilution, débit (exemple : 5 unités de Syntocinon dans 500 cc de SG5 %). La dilution peut être indiquée au début, puis seul le débit est noté.

Critère 6 Tout médicament administré fait l'objet d'un enregistrement : signature et heure d'administration.

Critère 8 La surveillance d'anesthésie ou d'analgésie est associée au partogramme.
La trace de la surveillance doit se trouver dans le **dossier du patient**.

Critère 11 La surveillance postnatale de l'accouchée est notée (durant les 2 heures qui suivent l'accouchement).

Cochez **« NON »** si un des éléments manque :
- globe de sécurité ;
- pouls, pression artérielle ;
- volume des pertes sanguines.

Cochez **NA** si la patiente est surveillée en SSPI par IADE.

Annexe 3 – Documents (Source cédérom ACC 2005)

PROTOCOLE DE L'AUDIT CLINIQUE CIBLÉ : PARTOGRAMME

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 2001 intitulé : *Évaluation de la qualité de la tenue du partogramme*.
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 selon **les objectifs** :

- améliorer la tenue du partogramme : audit ciblé tenue ;
- améliorer la traçabilité de la continuité du déroulement du travail : audit ciblé obstétrique ;
- améliorer la traçabilité des actes, événements et traitements survenus au cours du travail : audit ciblé événements.

1. Le champ d'application
   Le partogramme étant un des éléments du dossier médical. L'évaluation concerne le dossier médical de toute patiente ayant accouché dans le service.

2. Les critères d'inclusion
   Toutes patientes ayant accouché dans le service.

   Sont exclus les accouchements à domicile et les césariennes programmées. En cas de mort *in utero* ne pas tenir compte du critère 10 et de l'Apgar à la naissance.

3. Le type d'étude
   La méthode de mesure choisie est rétrospective. Sur des dossiers tirés au sort à partir d'une table de nombre aléatoire ou selon une fréquence donnée (toutes les 5 à 10 entrées par exemple) pour éviter au maximum les biais de sélection.

4. Les sources et les modes de recueil des données

Les données correspondant aux pratiques professionnelles sont recueillies par examen des dossiers des patientes (DP).
À chaque partogramme correspond une grille de recueil à remplir pour chaque patiente.

5. La taille de l'échantillon

Pour être représentatif, l'échantillon doit porter sur 30 observations minimum par établissement et par ACC.
Le choix de la ou des séquences doit être explicité et être respecté tout au long de l'étude.

6. La période d'évaluation
   L'évaluation se déroule sur une période de six semaines maximum (même si le nombre de 30 dossiers n'est pas atteint).

Références

1. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. L'audit clinique. Bases méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles. Guide pratique. Paris : Anaes ; 1999.

2. 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.

3. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Évaluation de la qualité de la tenue du partogramme. Guide pratique. Paris : Anaes ; 2000.

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. Locquet C, Ravineau MJ, Mayault C, Desplanques-Leperre A, Chabot J.-M. 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.

6. 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.

7. 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.

8. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Arrêté du 25 avril 2000 relatif aux locaux de prétravail et de travail, aux dispositifs médicaux et aux examens pratiqués en néonatalogie et en réanimation néonatale prévus à la sous-section IV « Conditions techniques de fonctionnement relatives à l'obstétrique, à la néonatalogie et à la réanimation néonatale » du code de la santé publique (livre VII, titre I^{er}, chapitre II, section III, troisième partie : décrets). *Journal Officiel* 2000 ; 138.

9. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, mini. Décret n°98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : décrets). *Journal Officiel* 1998 ; 235 : 15344.

10. Décret n°98-899 du 9 octobre 1998 modifiant le titre Ier du livre VII du code de la santé publique et relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale (deuxième partie : décrets en Conseil d'État). *Journal Officiel* 1998.

11. Circulaire DGS/DH N? 98/586 du 24 septembre 1998 relative à la mise en œuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés 1998. <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/1998/98-41/a0412644.htm> .

12. Décret n°94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : décrets). *Journal Officiel* 1994 ; 284 : 17383.

13. Décret n°91-779 du 8 août 1991 portant code de déontologie des sages femmes, modifié par le décret n°97-503 du 21 mai 1997. *Journal Officiel* 1997 ; 117 : 7690.

14. Benhamou D, Mercier F. Approche actuelle de la prise en charge de la douleur de l'accouchement : l'environnement de la naissance. Ann Méd Nancy Lorraine 1999 ; 39 (3) : 63-6.

15. Benhamou D. Utilisation de l'analgésie contrôlée par la patiente en obstétrique. Cah Anesthésiol 1993 ; 41 (6) : 599-602.

16. Bouschbacher J.-M. Place de l'acupuncture dans le traitement de la douleur de l'accouchement : l'environnement de la naissance. Ann Méd Nancy Lorraine 1999 ; 38 (3) : 75-8.

17. Cousin MT, Maneglia R, Belghiti E, Bahno M, Chevalier J, Kulman H. L'analgésie péridurale. Appréciations de cent femmes avant et après l'accouchement. Cah Anesthésiol 1990 ; 38 (7) : 477-86.

18. Cynober E, Jeny R. Valeur médico-légale de l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal au cours du travail. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1997 ; 26 (6) : 561-6.

19. Kermarec M. Douleur et délivrance, la douleur de l'accouchement. Prof Sage-femme 1995 ; 12:22-7.

20. Doubovetzky J. Les bonnes pratiques pour l'accouchement normal. Prescrire 1994 ; 14 (142) : 425-8.

21. McCrea BH, Wright ME. Satisfaction in childbirth and perceptions of personal control in pain relief during labour. J Adv Nurs 1999 ; 29 (4) : 877-84.

22. Mercier F, Benhamou D. Hyperthermie après analgésie péridurale obstétricale. Cah Anesthésiol 1994 ; 42 (2) : 257-60.

23. Société française d'anesthésie et de réanimation. Recommandations concernant la pratique de l'analgésie obstétricale. Paris : SFAR ; 1992.

24. World Health Organization. Preventing prolonged labour : a practical guide. The partograph. Geneva : WHO ; 1994.

Participants

Groupe de travail ACC et remerciements

Ce document a été rédigé par M. le Dr. Gérard LAIRY, aidé par Mme Françoise RABOISSON référent national sur ce thème d'audit clinique ciblé, sous la coordination du comité de pilotage : Dr Claudie LOCQUET, Mme Marie-José RAVINEAU, Dr Catherine MAYAULT et Dr Armelle DESPLANQUES, chefs de projet à la HAS et du 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 du thème « PARTOGRAMME »
Mme Catherine BERTEVAS et Mme Françoise RABOISSON

Les référents traitement des données
M. le Dr LAIRY Gérard, Mme le Dr LATHELIZE 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 du patient hospitalisé »

Mme le Dr LATHELIZE 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 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. 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. PLANSONT 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 CARTERON Kathia, clinique Saint-Sauveur, MULHOUSE cedex

Mme PRUNAYRE Marie, centre hospitalier Émile-Roux, LE PUY-EN-VELAY cedex

Mme BRUNET Claudine, centre hospitalier de Mâcon, MÂCON

Mme CENCIER Catherine, centre hospitalier de Cornouaille, QUIMPER

Mme BADET P., centre hospitalier, QUIMPERLÉ

Mme NEVEU Marie-Noëlle, clinique du Parc, CHAMBRAY-LÈS-TOURS

Mme BIENVENU Marina, clinique du Parc, CHAMBRAY-LÈS-TOURS

Mme BONNET Céline, polyclinique de Franche-Comté, BESANÇON

Mme PITETTE Claire, centre hospitalier, BERNAY Cedex

Mme EGAL Françoise, hôpital Charles-Nicolle, ROUEN

M. HAZAEL-MASSIEUX Amale, centre hospitalier Victor-Dupouy, ARGENTEUIL

Mme FEDY Sophie, centre hospitalier Victor-Dupouy, ARGENTEUIL

Mme PAVAUX Hélène, centre hospitalier, GONESSE

Mme COMETTI-HIOT Annie, centre hospitalier, GONESSE

Mme RAVINEAU Marie-José, centre hospitalier de Meaux, MEAUX

Mme BENEZETH Christine, hôpital Simone-Veil – G. H. Eaubonne-Montmorency, MONTMORENCY

Mme GUILLAUME Sophie, centre hospitalier intercommunal Poissy-Saint-Germain, POISSY
Mme DAMAGEUX Françoise, centre hospitalier René-Dubos, CERGY-PONTOISE CEDEX

Mme DUVIQUET Marie-Josée, CHU Bichat-Claude-Bernard, PARIS

Mme GRELIER Séverine, centre hospitalier Esquirol, SAINT-MAURICE

Mme DAURES-FORTIER, clinique Clementville, MONTPELLIER

Mme DOMERGUE Françoise, centre hospitalier universitaire (CHU Arnaud-de-Villeneuve), MONTPELLIER

M. le Dr MASSON Guy, centre hospitalier universitaire Nîmes-Caremeau, NÎMES

Mme BOYER Sylvie, centre hospitalier d'USSEL, USSEL

Mme LECLERC, polyclinique Majorelle, NANCY

Mme le Dr HEID Chantal, hôpital Saint-Charles, SAINT-DIÉ-DES-VOSGES

Mme RIGAL Sabine, clinique Ambroise-Paré, TOULOUSE

Mme FARRE Josy, clinique Ambroise-Paré, TOULOUSE

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

Mme MANISCALCO Emmanuelle, centre hospitalier de Denain, DENAIN

Mme LECOCQ Catherine, centre hospitalier de Fourmies, FOURMIES

Mme MARTIN Bénédicte, centre hospitalier de Carpentras, CARPENTRAS

Mme COURT Françoise, centre hospitalier général de GRASSE, GRASSE

M. le Dr MOUNAL G., centre hospitalier d'Hyères, HYÈRES

Mme BERTHIOT Sophie, hôpital public Beauregard, MARSEILLE

Mme NGUYEN-THI Nicole, hôpital Nord – Assistance Publique – Hôpitaux Marseille, MARSEILLE

Mme le Dr PORCU Géraldine, hôpital de la Conception, MARSEILLE

Mme QUENET Marie-José, hôpital de la Conception, MARSEILLE

Mme ALBERTI Christine, clinique Saint-Georges, NICE

Mme le Dr BONNENFANT Valérie, centre hospitalier départemental La Roche-sur-Yon-Luçon-Montaigu, LA ROCHE-SUR-YON

Mme DELHOMEAU Christine, centre hospitalier départemental La Rochesur-Yon-Luçon-Montaigu, LA ROCHE-SUR-YON

Mme SADDIER Sylvie, centre hospitalier de Saint-Nazaire, SAINT-NAZAIRE Cedex

Melle DUJOURDIL Jocelyne, clinique des Cèdres, GRENOBLE