



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**Une méthode d'amélioration de la qualité**

## **AUDIT CLINIQUE**

**Évaluation des pratiques  
par comparaison à un référentiel**

**L'audit clinique permet de répondre à la référence 46 du manuel de la 2<sup>e</sup> procédure de certification (accréditation).**

**L'audit clinique** (AC) est une méthode d'évaluation des pratiques par comparaison à des références admises.

Sa principale caractéristique est de mesurer les écarts entre la pratique observée et la pratique attendue (généralement exprimée dans les recommandations professionnelles).

C'est une méthode orientée vers l'action. Son but est d'améliorer la qualité des soins délivrés. La réalisation d'un AC s'intègre dans une démarche d'amélioration de la qualité ou peut en être le point de départ.

Comme toutes les méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles, l'AC revient à **comparer** une **pratique clinique** à une démarche optimale exprimée dans des recommandations et traduite dans un **référentiel d'évaluation**. Le référentiel doit être finalisé à partir de données récentes, validées et tenir compte de la réglementation. Il réunit l'ensemble des critères d'évaluation. Ces critères sont des éléments concrets, observables permettant de porter un jugement valide sur la conformité de la pratique ou du thème étudié. Les critères d'évaluation sélectionnés s'appuient sur des recommandations majeures ou sur un fort consensus professionnel : ils représentent un **potentiel d'amélioration des pratiques** cliniques et organisationnelles et ils sont orientés sur la sécurité du patient.

Il est judicieux d'utiliser un référentiel déjà existant, sinon il faudra le créer.

Le référentiel se présente sous la forme d'une grille de recueil des données. Le guide d'utilisation qui l'accompagne, précise le sens du libellé des critères et prévoit les situations où la réponse "Non Applicable" est possible et apporte les instructions relatives au recueil des données (sources d'informations).

**L'AC concerne les pratiques** : il peut porter soit sur l'ensemble d'un processus de prise en charge du patient (ex. : prise en charge hospitalière des suicidants), soit sur un thème transversal (ex. : le dossier du patient). Il peut également concerner l'organisation et les ressources de l'institution.

La qualité du service médical rendu détermine l'évolution de la procédure d'accréditation/certification des établissements de santé (deuxième version du manuel). L'accent est porté sur les exigences d'évaluation des pratiques cliniques.

Un vaste programme d'AC a été accompagné par l'Anaes dans 300 établissements de santé de 1999 à 2002.

Le guide Anaes "**réussir un audit clinique et son plan d'amélioration**" (juin 2003) (précédé par deux guides en 1994 et en 1999) propose une approche pragmatique de l'AC et met l'accent sur la gestion de projet et la conduite du changement. Il a été complété par un CD Rom interactif comportant entre autres les applications informatiques des référentiels d'évaluation validés.

La réussite de l'AC et son plan d'amélioration, dépendent de la qualité de la conduite du projet et de l'accompagnement du changement.

**Le plan d'amélioration découle des conclusions de l'AC.** Il est décidé et mis en œuvre par les professionnels de santé concernés puis, évalué.

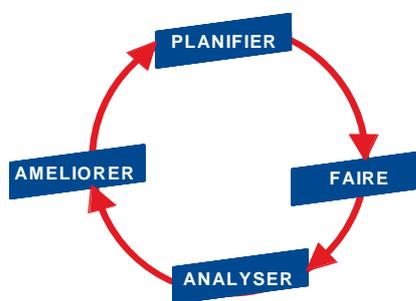
Lors de la mise en œuvre du plan d'amélioration trois phases peuvent être identifiées : la création d'une dynamique de changement, la définition et le pilotage du plan d'action et la réévaluation de la situation.

Plus généralement, l'AC s'inscrit dans le modèle proposé par W. Edwards DEMING dans les années 60.

Ce modèle, souvent appelé **roue de DEMING** ou **roue de la qualité**, comprend **4 étapes** distinctes qui se succèdent indéfiniment, **Planifier, Faire, Analyser, Améliorer** (en anglais *Plan, Do, Check et Act*, d'où le modèle *PDCA*).

Ces quatre étapes constituant la base d'une **démarche qualité**, sont figurées ci-contre :

1. **Planifier (ou Programmer)** : c'est l'étape de **définition** de la démarche d'évaluation traduite dans le référentiel), puis d'**identification** des professionnels et des structures impliquées et enfin de programmation des étapes ;



2. **Faire** : c'est l'étape de la **mesure** de la pratique au regard du référentiel (au cours de laquelle les données sont recueillies) ;

3. **Analyser** : c'est l'étape de comparaison entre la pratique constatée et la pratique attendue. L'analyse des résultats est centrée sur l'identification des **points forts** et l'analyse **des écarts** par rapport au référentiel ;

4. **Améliorer** : c'est l'étape **essentielle**, au cours de laquelle les professionnels s'efforcent d'améliorer leur organisation du travail et leur pratique de manière à **réduire les écarts** observés à l'étape précédente.

Dès lors que des équipes médicales ou des soignants s'impliquent dans une démarche qualité, ils s'engagent dans **la voie de l'évaluation/amélioration de leurs pratiques.**

## Un exemple de référentiel d'évaluation

### La prise en charge hospitalière des suicidants

Etiquette du patient : ..... À défaut : année de naissance : ..... sexe : M  F

Date de l'admission : ..... N° de grille : .....

Nom et fonction du responsable de l'audit : .....

Nom et fonction du professionnel ayant recueilli les données : .....

DPA = dossier du patient

N°	CRITERES	OUI	NON	NA	SOURCE DE L'INFORMATION	COMMENTAIRES
1	La prise en charge du patient adressé à l'hôpital pour une tentative de suicide a débuté dans le service d'urgence (SAMU-SMUR compris).				DPA	
2	Un examen somatique initial a été réalisé aux urgences (SAMU et SMUR compris).				DPA	
3	Le patient a bénéficié d'un premier entretien avec un psychiatre dans les 24 heures qui ont suivi son admission ou à défaut dès que son état de conscience a permis la réalisation de l'entretien.				DPA	
4	Cet entretien s'est déroulé dans un lieu permettant d'assurer la confidentialité.				psychiatre	
.....						
14	Le compte-rendu d'hospitalisation est adressé au(x) médecin(s) désigné(s) par le patient dans un délai inférieur à 8 jours suivant la sortie du patient.				DPA	
15	Le patient a reçu à sa sortie une information écrite mentionnant les coordonnées d'une structure et de personnes joignables 24H/24 en cas de besoin.				DPA équipe soignante	
16	Le professionnel référent s'est informé de la venue du patient au rendez-vous fixé à sa sortie et a pris les initiatives nécessaires en cas d'absence de celui-ci.				DPA équipe soignante	

NA = non applicable

**Haute Autorité de santé**  
**Service évaluation des pratiques professionnelles**  
 2 avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX  
 Tél. : 01 55 93 70 00 – Fax : 01 55 93 74 00

Document disponible et téléchargeable sur le site :  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)