omedit AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

METHODOLOGIE DES AUDITS DU NOUVEAU CAQES RAA 2025

V2 – AOUT 2025

SOMMAIRE

REALISATION D'AUDITS – GENERALITES 2

RAPPELS 2

DEROULEMENT 2

INDICATEUR REGIONAL R4 3
DEPLOIEMENT D'UNE DEMARCHE CONTINUE D'AMELIORATION DE LA QUALITE, AU REGARD DES MOYENS EXISTANTS, GARANTISSANT UNE TRAÇABILITE DES DMI TOUT AU LONG DU PARCOURS PATIENT ET DES ACTIONS PLURIPROFESSIONNELLES RELATIVES A LA PERTINENCE ET AU BON USAGE DES DM-DMI 3

PROPOSITION D'ORGANISATION PRATIQUE : REALISATION SIMULTANEE DES AUDITS INDICATEUR REGIONAL R4 DM DMI 3

INDICATEUR REGIONAL R4-2.3 : REALISATION D'AUDITS SUR LES INDICATIONS DE POSE/PRESCRIPTIONS DES DMI/DM 3

AUDIT DE PERTINENCE SUR LES PRESCRIPTIONS DE DMI HORS GHS - Proposition audit sur les Prothèses Totales de Hanche (PTH) 3

AUDIT DE PERTINENCE SUR LES PRESCRIPTIONS DE DMI HORS GHS - Proposition audit sur les enveloppes antibactérienne TYRX^{MC} 7

INDICATEUR REGIONAL R4 - 3.1 : TAUX DE TRAÇABILITE DE L'IDENTIFIANT IUD POUR UNE CLASSE DE DMI DONNE 9

AUDIT DE TRACABILITE DE L'IUD POUR UNE CLASSE DE DMI 9

INDICATEUR REGIONAL R4 - 3.3 : TRAÇABILITE DE L'INFORMATION DE LA TRANSMISSION DE LA CARTE D'IMPLANT AU PATIENT/ NOMBRE D'INTERVENTIONS 10

AUDIT SUR L'INFORMATION PATIENT 10

INDICATEUR REGIONAL R5 12
SUIVI DES MEDICAMENTS REMBOURSES EN SUS DES GHS : PERTINENCE ET RESPECT DES PRESCRIPTIONS DES MEDICAMENTS DONT LES INDICATIONS SONT INSCRITES SUR LA LISTE EN SUS 12

INDICATEUR REGIONAL R5- 3.0 : PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS DES MEDICAMENTS DE LA LISTE EN SUS 12

AUDIT DE PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS DE MEDICAMENTS REMBOURSES EN SUS DES GHS 12

INDICATEUR REGIONAL R6 14
LE BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES : SUIVI DE LA PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS HOSPITALIERES 14

INDICATEUR REGIONAL R6- 2.2 : AUDIT LIBRE SUR LE BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES 14

AUDIT LIBRE 14

REALISATION D'AUDITS – GENERALITES

Rappels

Les audits cliniques doivent être conduits de manière pluridisciplinaire. Ils peuvent s'intégrer à une démarche d'EPP (Evaluation des Pratiques Professionnelles) et ainsi être versés à la démarche de certification de l'établissement de santé et aux dossiers de Développement Professionnel Continu (DPC) des professionnels de santé participant aux audits cliniques.
Ils doivent faire l'objet d'une restitution aux professionnels des secteurs cliniques concernés et d'une communication institutionnelle en Commission ou Conférence Médicale d'Etablissement (CME/ CfME) ou à toute commission jugée pertinente dans le cadre du suivi de la politique interne des produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux stériles).

PLAN TYPE DU RAPPORT D'AUDIT CLINIQUE

I. **Contexte et objectifs**
II. **Déroulement de l'audit clinique**
  a. **Composition de l'équipe projet**
  b. **Plan de communication**
  c. **Description de la méthodologie d'audit clinique**
    i. Référentiel(s)
    ii. Type d'étude
    iii. Taille de l'échantillon
    iv. Mode de sélection des dossiers
    v. Période d'évaluation
    vi. Critères
    vii. Grille de recueil des données
    viii. Mode de recueil des données
    ix. Contrôle et saisie des données
    x. Traitement des données
    xi. Restitution des résultats
III. **Présentation des résultats**
IV. **Analyse des résultats**
V. **Proposition d'axes d'amélioration - Calendrier de mise en œuvre**
VI. **Evaluation des actions d'amélioration mises en œuvre – Calendrier**
VII. **Conclusion**

Déroulement

I. Contexte et objectifs, il conviendra de décrire le contexte dans lequel s'inscrit la mise en œuvre de l'audit et de présenter les objectifs de l'audit clinique. La suite de ce guide vous aide pour chacun des audits.

II.a. Composition de l'équipe projet elle devra être pluridisciplinaire et comprendre à minima les médecins prescripteurs et pharmaciens concernés par le thème d'audit clinique retenu.
Dans la mesure du possible, il faut intégrer des représentants de la cellule qualité, du département d'information médicale, de la direction voire de la direction des soins, ainsi que de toute autre structure interne pouvant être impliquée dans la démarche.

II.b. Plan de communication il est défini par l'équipe projet et inclut à minima les résultats de l'audit et du plan d'action d'amélioration. Cette communication doit être réalisée en CME ou toute commission jugée pertinente ainsi que par la diffusion du rapport d'audit aux professionnels concernés.

II.c. Description de la méthodologie d'audit clinique, ces éléments sont précisés dans les fiches des différents audits de ce guide.

III. Présentation des résultats Elle doit être effectuée auprès des équipes concernées avant leur validation institutionnelle, avec pour objectif de commenter ces résultats, de compléter l'analyse des non-conformités et de proposer de manière pluri-professionnelle et avec les acteurs concernés des actions d'amélioration. Un calendrier de mise en œuvre des actions d'amélioration est établi. L'ensemble sera alors décrit dans le chapitre
V. Proposition d'axes d'amélioration.

VI. Evaluation des actions d'amélioration mises en œuvre doit pouvoir être programmée par un quick-audit voire par un nouvel audit. Le calendrier de cette nouvelle évaluation est précisé.

INDICATEUR REGIONAL R4

DEPLOIEMENT D'UNE DEMARCHE CONTINUE D'AMELIOR… …LITE, AU REGARD DES MOYENS EXISTANTS, GARANTISSANT UNE TR… …UT AU LONG DU PARCOURS PATIENT ET DES ACTIONS PLURIPR… …A LA PERTINENCE ET AU BON USAG…

PROPOSITION D'ORGANISATION PRATIQUE … indicateur région…

Les audits portants sur la pertinence des pr… …é de l'IUD et l'information patient peuvent être réalisés … …tratégie de regroupement est laissée au choix de l'établiss… …é des DM/DMI choisis dans les audits.

La démarche peut être la suivant…

1- **Choisir la classe de DM ou DMI à … …s)**
2- A l'aide d'une requête cibler le… …s patients à auditer »
3- Selon le nombre de dossiers…
4- Sur une grille commune re…

Indicateur … …s sur les indications de …I/DM

…E SUR LES PRESCRIPTIONS DE DMI …ur les Prothèses Totales de Hanche (PTH)

Type…	…if de conformité des prescriptions
	…erminés, la conformité des pratiques de prescription et de …référentiel dans l'objectif éventuel de les améliorer.
Choix d'un DM…	…nts possédant une activité d'orthopédie, la réalisation d'un audit …otales de Hanche (PTH) **est proposée**. **…sements n'ayant pas d'orthopédie ou jugeant non pertinent la …l'audit sur les PTH, un autre DMI hors GHS peut être audité.** **… est demandé au préalable de faire parvenir à l'OMEDIT la …gie de l'audit pour information et validation de la pertinence**.

En cours d'actualisation
Disponible en septembre 2025

En cours d'actualisation
Disponible en septembre 2025

Méthodologie de recueil	**AUDIT PROTHESES TOTALE** **Les référentiels** à utiliser sont : • LPPR • HAS - Evaluation des prothèses de génériques de la liste des produit articulaires de hanche » - Septe • HAS - Evaluation des prothès révision d'une catégorie de • HAS - Commission d'éval santé - Avis de la CNEDi • HAS - Dispositifs : imp d'évaluation des pro • Recommandation **Taille de l'échantillon** Le nombre de dossi La méthode de sé **exhaustivité** d *Remarque :* **Critères** les doss **ossiers de reprise de hanche et** bre 2024. atoires sont ceux repris dans la grille de recueil à savoir : choix entre : Coxopathie, Fracture avec coxopathie ture sans coxopathie préexistante, ostéonécrose ou autre a mobilité/ activité = Son recueil se fera en 4 étapes. ne évaluation de la mobilité/activité est retrouvée tracée dans le r si cette évaluation a été faite selon un score er le nom du score utilisé nseigner la valeur du score retrouvée • Facteurs de risque de luxation = choisir entre : sans facteur de risque de luxation, avec risque de luxation important, non renseigné. Remarque : ce critère étant un critère de justification de pose de double mobilité, il semble important de confirmer auprès d'un auditeur « expert » (chirurgien) que la non présence dans le dossier équivaut soit « non évaluation », soit « absence de facteur de risque de luxation » soit il s'agit d'un oubli de report de l'information.

- Facteurs de risque intervention = choisir entre : Avec facteur de risque, Sans facteur de risque, Non renseigné. Les facteurs de risque trouvés peuvent être : état général altéré, dénutris, diabétiques, démence, pulmonaires ou urinaires, fragilité osseuse et autres.
  Information dans le dossier d'anesthésie et dan

- **Informations concernant le matériel**

- Fournisseur. Recueil en 2 temps.
  1-Préciser si pour une double mobilité même fournisseur
  2-Préciser le nom du ou des fourni
  Regarder dans les dossiers de tr Le code donnera l'information du ple, cimentée ou non, etc).
- Simple mobilité ou double
- Conformité simple mobil
  Elle sera déterminée se u décisionnel dans partie dédiée à l
- Couple
- Conformité choix
  Elle sera déterr t (voir tableau décisionnel d
- Tige Ciment
- Cotyle cim
- Type de

Où tr

- D ention

raçabilité de la pose : indication pose, isque de luxation, code LPPR

e LPPR, permettra de retrouver la fiche se (mobilité, couple, cimentée ou non, etc)

es données patients (facteur de risque de luxation)

rentiel	Indications
	Patients sans facteurs de risque de luxation
ublication HAS	Patients avec risque de luxation important : - atteintes neurologiques - troubles neuropsychiques - addictions - défaillances musculaires importantes
	Reprise PTH suite à luxation

du couple selon la clinique et les données patients

Si aucun score n'est retrouvé ni aucune information sur la mobilité du patient, d esure du possible faire relire le dossier à un chirurgien (à renseigner dans la colonn commentaire) afin d'obtenir des renseignements sur la mobilité du patient et sur la conformité finale. Sinon mettre « non codable »

En cours d'actualisation
Disponible en septembre 2025

Clinique		Age	Caractéristiques	Type de prothèse recommandé	Conformité du dossier	
					oui	non
Coxopathie		< 50 ans		PTH		
		de 50 à 75 ans	Espérance de vie importante et niveau d'activité élevé			
		> 75 ans				
Fracture	avec coxopathie préexistante	< 75 ans	Scor			
		> 75 ans				
Fracture	sans coxopathie préexistante	< 75				

En cours d'actualisation
Disponible en septembre 2025

POLY= Polyeth… …rothèse Fémorale

Pour rappe… *…recommandé*

Evaluati…

Le sc… …uestion

		Oui avec l'aide d'une personne	Non	Total
		1	0	
		1	0	
	2	1	0	

…c antibiotique ou sans antibiotique (facteur de …tion)

…PPR, un ciment avec antibiotique ne peut être utilisé qu'en …acteur de risque parmi : état général altéré, dénutris, …pulmonaires ou urinaires, fragilité osseuse

Remar…	…udits cliniques ne sont pas pris en compte dans la notation du …auto évaluation. C'est leur réalisation effective selon une …boutie et robuste qui est valorisée comme preuve de l'engagement de …t dans une démarche continue d'auto-évaluation de ses pratiques et …on de celles-ci.
Grille de recueil	*Grille de recueil commune audits DMI.xlsx*

EXEMPLE AUDIT DE PERTINENCE SUR LES PRESCRIPTIONS DE DMI HORS GHS - Proposition audit sur les enveloppes antibactérienne TYRX^{MC}

Type d'AUDIT	Audit rétrospectif de conformité d
Objectif	**Evaluer, à l'aide de critères déterminés, la conform t de pose des DMI Hors GHS à un référentiel dans l'o**
Choix d'un DMI	**Choix du DMI hors GHS** Pour les établissements possédant une a les enveloppes antibactérienne TYRX^{MC} **Pour les établissements n'ayant p isation de l'audit sur les enveloppes ant udité. Cependant il est demandé au ologie de l'audit pour information et**
Méthodolo de recuei	**AUDIT LES ENVELOPPE** Cf onglet « Méthod ence DMI - TYRX_RESOMED **Les référenti** - LP - - ocument Group. European Heart l consensus document on how to plantable electronic device infections- y (HRS), the Asia Pacific Heart Rhythm n Heart Rhythm Society (LAHRS), scular Infectious Diseases (ISCVID) and the robiology and Infectious Diseases (ESCMID) in an Association for Cardio-Thoracic Surgery r. *st (Chair) et al.* EHRA CONSENSUS PAPER Europace *et al.* Antibacterial Envelope to Prevent Infections of Devices1,2 *, Kennergren C, et al.* Antibacterial Envelope to prevent ble Device Infection. N Engl J Med. Published online March 17, *i et al*. REducing INFectiOns thRough Cardiac device Envelope: real world data. 1 The REINFORCE Project. Europace. 2023 2023 d224. doi: 10.1093/europace/euad224 EINFORCING the Clinical Utility of an Antibacterial Envelope to Prevent llowing a Cardiac Implantable Electronic Device Implant Procedure. 023 Sep 6;euad260. doi: 10.1093/europace/euad260

En cours d'actualisation
Disponible en septembre 2025

Remarques	Les résultats des audits cliniques ne sont pas pris en c… tation du rapport annuel d'auto-évaluation. C'est leur réalisati… méthodologie aboutie et robuste qui est valorisée … nt de l'établissement dans une démarche continue d'a… d'amélioration de celles-ci..
Grille de recueil	*Grille Audit Pertinence DMI - TYRX_RESOMED*

En cours d'actualisation
Disponible en septembre 2025

Indicateur régional R4 - 3.1 : Audit de traçabilité sanitaire informatique en temps réel pour tous les DMI soumis à traçabilité et transmission de l'information au patient

AUDIT DE TRACABILITE DE L'IUD POU[illegible] CLASSE DE DMI	
Type d'AUDIT	Audit rétrospectif de conformit[illegible]
Objectif	Evaluer la conformité de la traçabilité sanitaire au[illegible] concernant l'IUD.
Choix d'une classe de DMI	**Choix d'une classe de DMI** Cet audit peut être couplé à celui sur la perti[illegible]
Méthodologie de recueil	**Taille de l'échantillon et mode de séle[illegible]** Le nombre de dossiers audités doit êt[illegible] La méthode de sélection des dossie[illegible] ou **exhaustivité** des dossiers des pa[illegible] *Remarque : Si le nombre de dossi[illegible] évaluation.* **Critères d'inclusion :** *Pour un audit à posterior[illegible]* e DIM (dossiers patients avec codage d[illegible] **Période d'évaluati[illegible]** Elle s'étend du 1[illegible] **Critères d'év[illegible]** Les critère[illegible] la grille de recueil à savoir : • **Do[illegible]** Initia[illegible] plantés [illegible] dans les documents de traçabilité sanitaire [illegible]ose [illegible]position du code IUD [illegible]s DMI sont retrouvés dans les documents de traçabilité de la [illegible]e partie des DMI sont retrouvés dans les documents de traçabilité de [illegible]MENT CONFORME [illegible]D retrouvé (ou code IUD erroné) dans les documents de traçabilité de la [illegible]NFORME
Grille de recueil	

En cours d'actualisation
Disponible en septembre 2025

Indicateur régional R4 - 3.3 : Audits sur l'information patient et lien ville-hôpital

AUDIT SUR L'INFORMATION PATIENT ET LIEN VILLE-HOPITAL

Type d'AUDIT	Audit rétrospectif de conformité de t
Objectif	**Evaluer la conformité des informations transmises a … u long de son parcours avec un lien ville-hôpital.**
Choix d'une classe de DMI	**Choix d'une classe de DMI** Cet audit peut être couplé à celui sur la pertinence Selon le règlement européen les DMI suivants so carte d'implant : *sutures, agrafes, produits d'obturatio* *couronnes dentaires, vis, cales, plaq* *connexion.* *Extrait du Règlement Européen 2017/
Méthodologie de recueil	**Taille de l'échantillon et mode d** Le nombre de dossiers audités d La méthode de sélection des d … atoire ou **exhaustivité** des dossiers d … n. *Remarque : Si le nombre d … iode d'évaluation.* **Critères d'inclusion** … DIM (dossiers patients avec codag **Période d'évalu** … re 2024. **Critères d'éva** Les critères … la grille de recueil à savoir : **Donnée** … ombre de DMI implantés **Inf** … es d'implant au patient : Carte(s) … au patient contenant les éléments de … t et document remis au patient avec les … cun élément retrouvé … nise de la(les) carte(s) d'implant concernent TOUS … US les DMI posés ***ou*** NON, il manque au moins une … n d'au moins un DMI dans le document … gnées sur ce(s) support(s) ?: … spositif (nom, numéro de série, numéro de lot, IUD, modèle … /NON … fabricant : (nom, adresse et son site internet*) : OUI/NON … de la pose : (patient, lieu et médecin implanteur*) : OUI/NON … es données de traçabilité ? … ALEMENT = Vous avez répondu OUI aux 3 questions précédentes … sitif, fabricant et pose) … PARTIELLEMENT = Vous avez répondu OUI à au moins une des 3 … estions précédentes (dispositif, fabricant et pose)

En cours d'actualisation
Disponible en septembre 2025

- NON = Vous avez répondu NON aux 3 questions précédentes (dispositif, fabricant et pose)

4- Mention écrite « La/Les carte(s) d'implant a(ont) ét » retrouvée dans le DPI : OUI/NON

Exemple de carte d'implant conforme au Règlem

Extrait du guide européen « M plant Card relating to the application of Article t and of the Council of 5 April 2017 on medical

*Extrait du Règlem

Où trouver les

- Dossier pat bservation médicale, prescriptio spitalisation

Evaluat

Un d nplanté, on retrouve dans le DPI soit :

iées;
nt l'ensemble des éléments de traçabilité

me si, dans le DPI :

'implant scannée/ Il manque au moins un DMI sur

atient, pour au moins un DMI, il manque des
ns une carte d'implant n'a pas été complétée
t une mention stipulant expressément « Les cartes
nises au patient lors de sa sortie » ;

nforme si, pour chaque DMI implanté, on ne retrouve aucun
ans le DPI :

d'implant scannées complétées
t remis au patient contenant l'ensemble des éléments de traçabilité
urer sur la carte d'implant
tion stipulant expressément « Les cartes d'implants ont été remises au
t lors de sa sortie »

Grille de recueil	*Grille c cueil commune audits DMI.xlsx*

En cours d'actualisation
Disponible en septembre 2025

INDICATEUR REGIONAL R5
SUIVI DES MEDICAMENTS REMBOURSES EN SUS DES GHS : PERTINENCE ET RESPECT DES PRESCRIPTIONS DES MEDICAMENTS DONT LES INDICATIONS SONT INSCRITES SUR LA LISTE EN SUS

Indicateur régional R5- 3.0 : Pertinence des prescriptions des médicaments de la liste en sus

AUDIT DE PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS DE MEDICAMENTS REMBOURSES EN SUS DES GHS

Type d'AUDIT	Audit rétrospectif de conformité des prescriptions
Objectif	**Evaluer la conformité des pratiques de prescription des médicaments par rapport à un référentiel**
Critères d'inclusion	Uniquement les médicaments remboursés en sus des GHS
Méthodologie de recueil	**Choix du médicament hors GHS** Le choix de la molécule auditée est laissé à l'appréciation de l'établissement. Une justification étayée du rationnel, et de la pertinence de ce choix pour l'établissement devra être renseigné dans le rapport de l'audit et en zone de commentaires de la plateforme CAQES. **Les référentiels** à utiliser sont : • L'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) • Le référentiel des indications des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus • Les référentiels des spécialités en accès dérogatoire (Autorisation d'accès précoce, accès compassionnel et cadre de prescription compassionnelle) : disponible sur le site du ministère de la santé et sur le site de l'ANSM **Taille de l'échantillon et mode de sélection** Le nombre de dossiers audités doit être **au minium de 30.** ***Remarque :*** *Si la taille de l'échantillon s'avère inférieure à 30, il est conseillé d'inclure la totalité des dossiers des patients pris en charge depuis le début de l'année civile, à condition que ce nombre soit supérieur ou égal à 10.* La méthode de sélection des dossiers doit être présentée : **tirage au sort** aléatoire ou **exhaustivité** des dossiers des patients concernés sur la période d'évaluation. ***Remarque :*** *pour les audits cliniques en cancérologie, le tirage au sort concerne un dossier par patient, par molécule et par ligne, une ligne correspondant au traitement d'une poussée évolutive de la maladie. Si un patient reçoit une même molécule dans deux situations cliniques différentes au cours de la période d'évaluation, le dossier doit être comptabilisé deux fois.*

	<u>Période d'évaluation</u> Elle s'étend du 1er janvier au 31 décembre 2025. **<u>Critères d'évaluation</u>** Les critères d'évaluation devront être définis et adaptés à la molécule choisie par l'établissement. Outre la pertinence de l'indication et la conformité du code LES à la situation clinique, d'autres critères en fonction des situations tels que le schéma thérapeutique (exemple : nombre de cures), la posologie, la dose/poids, les médicaments associés (prémédication ou tous les traitements du patient), les modalités d'administration, les interactions médicamenteuses … pourront être évalués. Pour les situations hors référentiels de prise en charge (code I999 999), les critères suivants devront être évalués : • Argumentaire clinique de la prescription dans le dossier médical faisant référence à une ou des publications dans des revues internationales à comité de lecture ou à des travaux de sociétés savantes. • Pour les médicaments de cancérologie enregistrement, dans le dossier médical, du compte-rendu de la discussion du dossier patient en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). ***<u>Remarque :</u>*** *Dans le cas où la décision thérapeutique est liée à un avis d'expert, celui-ci, tracé dans le dossier médical, peut contribuer à l'argumentaire clinique de la prescription voire être intégré à celui-ci. Il est possible qu'il figure également dans le compte-rendu de RCP.*
Structure du rapport d'audit	**<u>Le rapport d'audit devra contenir à minima :</u>** - La justification du choix de la molécule auditée - La composition de l'équipe réalisant l'audit - L'objectif de l'audit - Les référentiel(s) utilisé(s) - Le périmètre de l'audit : service(s) audité(s), période d'évaluation - La méthode de sélection des dossiers et la taille de l'échantillon - Les critères d'évaluation choisis et la grille de recueil utilisée - La présentation et l'analyses des résultats - Le plan d'action en regard des résultats obtenus
Remarques	Les résultats des audits cliniques ne sont pas pris en compte dans la notation du rapport d'annuel d'auto évaluation. C'est la qualité de l'audit selon une méthodologie aboutie et robuste qui est valorisée comme preuve de l'engagement de l'établissement dans une démarche continue d'auto-évaluation de ses pratiques et d'amélioration de celles-ci.

INDICATEUR REGIONAL R6
LE BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES : SUIVI DE LA PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS HOSPITALIERES

Indicateur régional R6- 2.2 : Audit libre sur le bon usage des antibiotiques

AUDIT LIBRE

Type d'AUDIT	Audit clinique
Objectif	**Evaluation des pratiques de prescription d'antibiothérapie sur un thème d'intérêt.**
Critères d'inclusion	A préciser
Critères de non-inclusion	A préciser
Méthodologies de recueil	**Référentiels :** A déterminer en fonction de l'audit et à préciser **Nombre minimum de dossiers à auditer** (quelle que soit la taille de l'ES) : 30 dossiers - **Méthode 1 : Enquête un jour donné** 30 dossiers minimum comportant en lien avec le sujet de l'audit *NB : Si le nombre de dossier est inférieur à 30 lors de cette enquête, l'établissement pourra soit utiliser la méthode 2 avec tirage au sort des dossiers ou renouveler la méthode 1 un ou plusieurs autre(s) jour(s) donné(s)* - **Ou Méthode 2 : Tirage au sort à partir du DPI** 30 dossiers de patients minimum en lien avec le sujet de l'audit - **Ou Autre méthode selon les possibilités en lien avec le SI (à décrire)** **Période d'évaluation** Elle s'étend du 1er janvier au 31 décembre 2025. **Critères d'évaluation** A détailler
Structure du rapport d'audit	**Le rapport d'audit devra contenir à minima :** - Contexte et objectif de l'audit - Justification du choix du thème de l'audit ; - Composition de l'équipe réalisant l'audit - Critères d'inclusion et de non-inclusion - Référentiel(s) utilisé(s) - Périmètre de l'audit : service(s) audité(s), période d'évaluation - Critères d'évaluation - Méthode de sélection des dossiers et taille de l'échantillon - Méthode de contrôle et saisie des données - Présentation et analyses des résultats - Plan d'action au regard des résultats obtenus