omedit AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

METHODOLOGIE DES AUDITS DU NOUVEAU CAQES RAA 2025

V3 – Décembre 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 ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

AUDIT DE TRACABILITE DE L'IUD POUR UNE CLASSE DE DMI..... **Erreur ! Signet non défini.**

INDICATEUR REGIONAL R4 - 3.3 : TRAÇABILITE DE L'INFORMATION DE LA TRANSMISSION DE LA CARTE D'IMPLANT AU PATIENT/ NOMBRE D'INTERVENTIONS ..... ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

AUDIT SUR L'INFORMATION PATIENT ..... **Erreur ! Signet non défini.**

INDICATEUR REGIONAL R5 9
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 9

INDICATEUR REGIONAL R5- 3.0 : PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS DES MEDICAMENTS DE LA LISTE EN SUS 9

AUDIT DE PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS DE MEDICAMENTS REMBOURSES EN SUS DES GHS..... 9

INDICATEUR REGIONAL R6 11
LE BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES : SUIVI DE LA PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS HOSPITALIERES 11

INDICATEUR REGIONAL R6- 2.2 : AUDIT LIBRE SUR LE BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES 11

AUDIT LIBRE 11

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'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

PROPOSITION D'ORGANISATION PRATIQUE : Réalisation simultanée des audits indicateur régional R4 DM DMI

Les audits portants sur la pertinence des prescriptions des DMI de la liste en sus, la traçabilité de l'IUD et l'information patient peuvent être réalisés sur le même échantillon de patients. Cette stratégie de regroupement est laissée au choix de l'établissement au regard de son activité et de la pertinence des DM/DMI choisis dans les audits.

La démarche peut être la suivante :

1- **Choisir la classe de DM ou DMI à auditer (laissé au libre choix des établissements)**
2- A l'aide d'une requête cibler les dossiers patients → « Liste des patients/dossiers patients à auditer »
3- Selon le nombre de dossiers effectuer un tirage au sort des dossiers à auditer
4- Sur une grille commune recueillir l'ensemble des critères demandés

Indicateur régional R4-2.3 : Réalisation d'audits sur les indications de pose/prescriptions des DMI/DM

Les méthodologies d'audits suivantes sont mises à disposition à titre d'exemple

EXEMPLE AUDIT DE PERTINENCE SUR LES PRESCRIPTIONS DE DMI HORS GHS –

Proposition audit sur les Prothèses Totales de Hanche (PTH)

Type d'AUDIT	Audit rétrospectif de conformité des prescriptions
Objectif	**Evaluer, à l'aide de critères déterminés, la conformité des pratiques de prescription et de pose des DMI Hors GHS à un référentiel dans l'objectif éventuel de les améliorer.**
Choix d'un DMI	**Choix du DMI hors GHS** Pour les établissements possédant une activité d'orthopédie, la réalisation d'un audit sur les Prothèses Totales de Hanche (PTH) **est proposée**. **Pour les établissements n'ayant pas d'orthopédie ou jugeant non pertinent la réalisation de l'audit sur les PTH, un autre DMI hors GHS peut être audité. Cependant il est demandé au préalable de faire parvenir à l'OMEDIT la méthodologie de l'audit pour information et validation de la pertinence**.

Méthodologie de recueil	**AUDIT PROTHESES TOTALES DE HANCHE** **Les référentiels** à utiliser sont : • LPPR • HAS - Evaluation des prothèses de Hanche – Révision des descriptions génériques de la liste des produits et prestations remboursables « implants articulaires de hanche » - Septembre 2007, • HAS - Evaluation des prothèses de Hanche – Phase contradictoire suite à la révision d'une catégorie de dispositifs médicaux – Novembre 2014. • HAS - Commission d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé - Avis de la CNEDiMTS - 18 novembre 2014. • HAS - Dispositifs : implants articulaires de hanche. Avis de la Commission d'évaluation des produits et prestations du 5 septembre 2007. • Recommandation ANSM - Prothèses de hanche Métal/Métal - Décembre 2014. **Taille de l'échantillon et mode de sélection** Le nombre de dossiers audités doit être **supérieur ou égal à 30.** 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 : si le nombre de dossier est < à 30, prendre tous les dossiers de l'année à évaluer.* **Critères d'inclusion :** Tirage au sort à partir de la liste extraite par le DIM concernant les dossiers patients codés pour : • **pose de prothèse totale de hanche** • **coxopathie et fracture appareillée** **Critères d'exclusion** *:* Attention **exclure les dossiers de reprise de hanche et prothèses intermédiaires** **Période d'évaluation** Elle s'étend du 1er janvier au 31 décembre de l'année à évaluer. **Critères d'évaluation** Les critères d'évaluation obligatoires sont ceux repris dans la grille de recueil à savoir : • **Données patients** • Indication de pose = choix entre : Coxopathie, Fracture avec coxopathie préexistante, Fracture sans coxopathie préexistante, ostéonécrose ou autre • Age • Evaluation de la mobilité/ activité = Son recueil se fera en 4 étapes. 1-Savoir si une évaluation de la mobilité/activité est retrouvée tracée dans le dossier 2-Préciser si cette évaluation a été faite selon un score 3-Donner le nom du score utilisé 4-Renseigner 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 risques retrouvés peuvent être : état général altéré, dénutris, diabétiques, démence, infections pulmonaires ou urinaires, fragilité osseuse et autres.
  Information dans le dossier d'anesthésie et dans le score ASA.

- **Informations concernant le matériel**

- Fournisseur. Recueil en 2 temps.
  1-Préciser si pour une double mobilité l'insert, le cotyle, la tête et la tige sont du même fournisseur
  2-Préciser le nom du ou des fournisseurs
  Regarder dans les dossiers de traçabilité de pose pour retrouver le Code LPPR. Ce code donnera l'information du fournisseur, du type de prothèse (mobilité, couple, cimentée ou non, etc).
- Simple mobilité ou double mobilité.
- Conformité simple mobilité ou double mobilité.
  Elle sera déterminée selon le facteur de risque de luxation (voir tableau décisionnel dans partie dédiée à la conformité)
- Couple
- Conformité choix du couple
  Elle sera déterminée selon l'âge et l'activité/mobilité du patient (voir tableau décisionnel dans partie dédiée à la conformité)
- Tige Cimentée ou non
- Cotyle cimentée ou non
- Type de ciment

Où trouver les informations :

- Dossier anesthésie : Age, Facteur de risque intervention

- Dossier patient = compte rendu opératoire et traçabilité de la pose : indication pose, âge, évaluation mobilité/ activité, facteur de risque de luxation, code LPPR

- Logiciel Pharmaceutique : à partir du code LPPR, permettra de retrouver la fiche produit, avec fournisseur, type de prothèse (mobilité, couple, cimentée ou non, etc)

Evaluation de la conformité

1) Choix du cotyle selon les données patients (facteur de risque de luxation)

Type de cotyle	Référentiel	Indications
monobloc	Publication HAS	Patients sans facteurs de risque de luxation
double mobilité (association d'une cupule *metal-back* et d'un insert)		Patients avec risque de luxation important : - atteintes neurologiques - troubles neuropsychiques - addictions - défaillances musculaires importantes
		Reprise PTH suite à luxation

2) Choix du couple selon la clinique et les données patients

Remarque : Si aucun score n'est retrouvé ni aucune information sur la mobilité du patient, dans la mesure du possible faire relire le dossier à un chirurgien (à renseigner dans la

colonne commentaire) afin d'obtenir des renseignements sur la mobilité du patient et sur la conformité finale. Sinon mettre « non codable »

Clinique		Age	Caractéristiques		Type de prothèse recommandée	Conformité du dossier	
						oui	non
Coxopathie		< 50 ans			PTH CERA/CERA		
					PTH POLY/CERA		
					PTH POLY/MET		
		de 50 à 75 ans	Espérance de vie importante et niveau d'activité élevé	oui	PTH CERA/CERA		
					PTH POLY/CERA		
					PTH POLY/MET		
				non	PTH POLY/CERA		
					PTH POLY/MET		
		> 75 ans			PTH POLY/CERA		
					PTH POLY/MET		
Fracture	avec coxopathie préexistante	< 75 ans	Score de Parker à 6 ou plus	non	PTH POLY/CERA		
					PTH POLY/MET		
				oui	PTH CERA/CERA		
					PTH CERA/POLY		
					PTH POLY/MET		
		> 75 ans			PTH POLY/CERA		
					PTH POLY/MET		
Fracture	sans coxopathie préexistante	< 75 ans	Score de Parker à 6 ou plus	non	PF		
				oui	PTH CERA/CERA		
					PTH POLY/CERA		
					PTH POLY/MET		
		de 75 à 85 ans	Score de Parker à 6 ou plus	non	PF		
				oui	PTH POLY/CERA		
					PTH POLY/MET		
		> 85 ans			PF		

POLY= Polyethylène ; CERA= Céramique ; MET= Métal ; PF = Prothèse Fémorale

***Pour rappel** : le couple métal / métal (MET/ MET) n'est plus recommandé*

Evaluation du score de PARKER :

Le score est la somme des points attribués à chaque question

	Oui sans difficulté et sans aide	Oui, avec une aide technique (canne, déambulateur)	Oui avec l'aide d'une personne	Non	Total
Le patient marche-t-il à son domicile ?	3	2	1	0	
Le patient marche-t-il à l'extérieur de son domicile ?	3	2	1	0	
Le patient fait-il ses courses ?	3	2	1	0	

3) Choix d'un ciment avec antibiotique ou sans antibiotique (facteur de risque de l'intervention)

Selon les indications de la LPPR, un ciment avec antibiotique ne peut être utilisé qu'en présence d'au moins un facteur de risque parmi : état général altéré, dénutris, diabétiques, infections pulmonaires ou urinaires, fragilité osseuse

Remarques	Les résultats des audits cliniques ne sont pas pris en compte dans la notation du rapport annuel d'auto-évaluation. C'est leur réalisation effective 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.
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 des prescriptions
Objectif	**Evaluer, à l'aide de critères déterminés, la conformité des pratiques de prescription et de pose des DMI Hors GHS à un référentiel dans l'objectif éventuel de les améliorer.**
Choix d'un DMI	**Choix du DMI hors GHS** Pour les établissements possédant une activité de cardiologie, la réalisation d'un audit sur les enveloppes antibactérienne TYRX^{MC} **est proposée**. **Pour les établissements n'ayant pas de cardiologie ou jugeant non pertinent la réalisation de l'audit sur les enveloppes antibactérienne, un autre DMI hors GHS peut être audité. Cependant il est demandé au préalable de faire parvenir à l'OMEDIT la méthodologie de l'audit pour information et validation de la pertinence**.
Méthodologie de recueil	**AUDIT LES ENVELOPPES ANTIBACTERIENNE** Cf onglet « Méthodologie » de la grille de recueil « Grille Audit Pertinence DMI - TYRX_RESOMEDIT » mise à disposition. **Les référentiels** à utiliser sont : - LPPR - HAS – Avis CNEDiMTS -1er septembre 2020 - Fiche technique et notice du fabricant - *Blomström-Lundqvist et al.* ESC Scientific Document Group. European Heart Rhythm Association (EHRA) international consensus document on how to prevent, diagnose, and treat cardiac implantable electronic device infections-endorsed by the Heart Rhythm Society (HRS), the Asia Pacific Heart Rhythm Society (APHRS), the Latin American Heart Rhythm Society (LAHRS), International Society for Cardiovascular Infectious Diseases (ISCVID) and the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID) in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Europace. 2020 Apr. - *Carina Blomstrom-Lundqvist (Chair) et al.* EHRA CONSENSUS PAPER Europace (2019) 0, 1-35, - *Khaldoun Tarakji, M.D. et al.* Antibacterial Envelope to Prevent Infections of Cardiac Implantable Devices1,2 - *Tarakji KG, Mittal S, Kennergren C, et al.* Antibacterial Envelope to prevent Cardiac Implantable Device Infection. N Engl J Med. Published online March 17, 2019 - *Matteo Ziacchi et al*. REducing INFectiOns thRough Cardiac device Envelope: insight from real world data. 1 The REINFORCE Project. Europace. 2023 2023 Jul 26;euad224. doi: 10.1093/europace/euad224

	Suneet Mittal. REINFORCING the Clinical Utility of an Antibacterial Envelope to Prevent Infection 1 Following a Cardiac Implantable Electronic Device Implant Procedure. Europace. 2023 Sep 6;euad260. doi: 10.1093/europace/euad260
Remarques	Les résultats des audits cliniques ne sont pas pris en compte dans la notation du rapport annuel d'auto-évaluation. C'est leur réalisation effective 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..
Grille de recueil	*Grille Audit Pertinence DMI - TYRX_RESOMEDIT.xlsx*

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