

*\*notre adn,*  
**PRENDRE SOIN  
INNOVER  
TRANSMETTRE**

**Hôpitaux** | **ap.**  
universitaires | **hm**  
de Marseille



## **EPP / DPC**

# **Une Méthode d'EPP : L'audit clinique**

Docteur H Mendizabal  
Pole Santé Publique APMH  
Pour le DU d'HYGIENE mars 2021

L'Évaluation des **Pratiques Professionnelles** a pour but **l'amélioration continue de la qualité** des soins et du **service rendu** aux patients par les professionnels de santé.

Elle vise à promouvoir **la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience** des soins et de la prévention et plus généralement la santé publique, dans le respect des règles déontologiques.

Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles

**Démarche Positive, Dynamique et Continue**

# Origines de l'EPP

Variations des pratiques professionnelles

Le développement des recommandations de pratiques professionnelles → Evidence Based Medecine

Volonté croissante d'évaluation / qualité dans le domaine de la santé (certification des établissements, gestion des risques, sécurité sanitaire, indicateurs de performance, bon usage des médicaments.....)

**EPP → Service médical rendu**

## Les patients s'inquiètent



Ai-je reçu tous les soins nécessaires et suffisants pour mon état de santé ?

Les soins délivrés étaient-ils concertés, acceptables, accessibles ?

Ont-ils toujours été utiles et bénéfiques ?



## Les gestionnaires sont préoccupés Un équilibre médico-économique est recherché



Comment mieux articuler la régulation de  
l'organisation des soins et la régulation des  
dépenses publiques?

Comment concilier qualité individuelle du soin et  
impératifs collectifs d'efficience et d'accessibilité  
équitable ?



EPP  
Décret 2005



Exigence d'EPP pour les  
établissements de santé  
Certification V2010/14/20  
Collectif

L'intégration de l'EPP dans  
le dispositif national de  
développement  
professionnel continu DPC  
Titre individuel

# Développement professionnel continu

Le développement professionnel continu (DPC) a pour objectifs le **maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences** ainsi que **l'amélioration des pratiques**.

Il s'adresse à **l'ensemble des professionnels de santé** et il **constitue une obligation** quel que soit le mode d'exercice.

La HAS a pour mission de **valider** et de mettre à disposition des **méthodes** pour aider les professionnels à mettre en œuvre leur DPC.

# Développement professionnel continu

- Pour satisfaire à son obligation de DPC, le professionnel de santé doit (au choix) :
  - se conformer au parcours pluriannuel de DPC défini par le collège national professionnel (CNP) de sa spécialité ou
  - justifier au cours d'une période de trois ans :
    - Soit de son engagement dans une **démarche d'accréditation** ;
    - Soit de son engagement dans **une démarche de DPC** comportant au moins **deux des trois types d'actions** :
      - des actions de gestion des risques,
      - **des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques (EPP)**
      - des actions de formation
    - et au moins une action s'inscrivant dans le cadre des orientations prioritaires (article [L. 4021-2](#)).
- Les actions peuvent être suivies de façon indépendante ou être associées dans le cadre d'un même programme. Le professionnel de santé peut faire valoir les formations organisées par l'université qu'il aura suivies.
- Les actions se conforment à une des méthodes validées par la HAS.



La HAS publie une nouvelle liste avec 19 méthodes « actualisées » pour réaliser les actions de DPC :

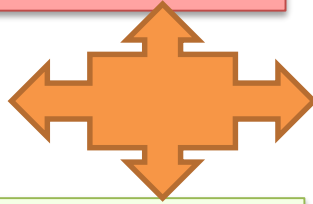
- 11 sont des méthodes d'évaluation et d'amélioration des pratiques,
- 3 des méthodes de gestion des risques et
- 5 des méthodes de formation.

Ces méthodes sont classées par dominantes, **certaines méthodes pouvant appartenir à plusieurs catégories.**

# Les méthodes de DPC

## GESTION DES RISQUES

- Accréditation des médecins et des équipes médicales (EPP, F)
- Gestion des risques en équipe (Formation et EPP)
- Revue Morbi Mortalité (EPP)



## FORMATION

- Formation en ligne ou e-learning
- Formation présentielle
- Encadrement de stages. La maîtrise de stage/le tutorat (EPP)
- Réunion de revue bibliographique ou journal club
- Simulation en santé (EPP)

## EPP

### 1. Audit clinique

2. Bilan des compétences

3. Pertinence des soins

4. Test de concordance de script

5. Vignettes cliniques

6. Chemin clinique

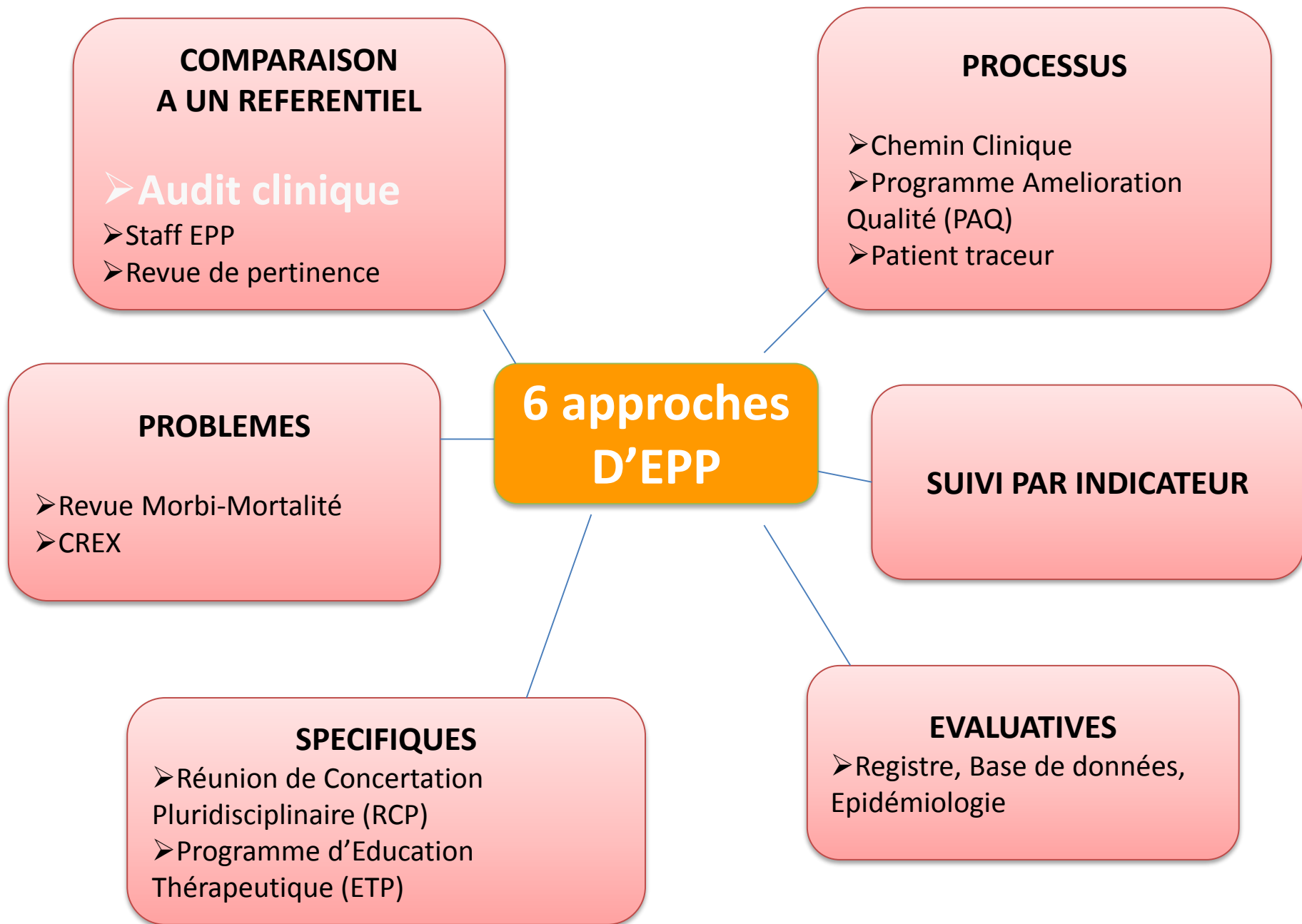
7. Exercice coordonné et protocolé d'une équipe pluri professionnelle de soins en ambulatoire

8. Patient traceur

9. Le suivi d'indicateurs de qualité et sécurité des soins

10. Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)

11. Registre, Base de données, Observatoire



## Analyse d'une pratique professionnelle

médicale ou paramédicale ou pluri-professionnelles

**1-Comparaison** de la pratique « réelle » sur « le terrain » avec un référentiel dit de « bonne pratique »

**2-Mesure des écarts** entre le pratique « terrain » et la « bonne pratique »

**3-Analyse de ces écarts** (organisationnels, compétence, matériel...)

**4-Mise en place d'action(s) d'amélioration** (formation, procédure, etc.)

**5-Mesure de l'impact de ces actions sur la pratique** (suivi indicateur, nouvel audit etc.)

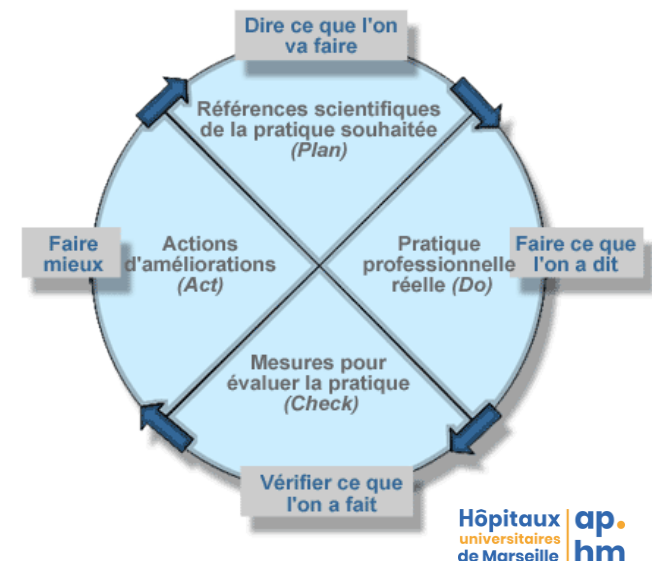
# Le modèle de l'EPP

1. **Planifier** : choisir un thème - fixer les objectifs – identifier le référentiel scientifique – **choisir la méthode d'évaluation**
2. **Faire** : observer la pratique
3. **Analyser** : comparer
4. **Améliorer** : réduire les écarts – plan d'actions - réévaluation

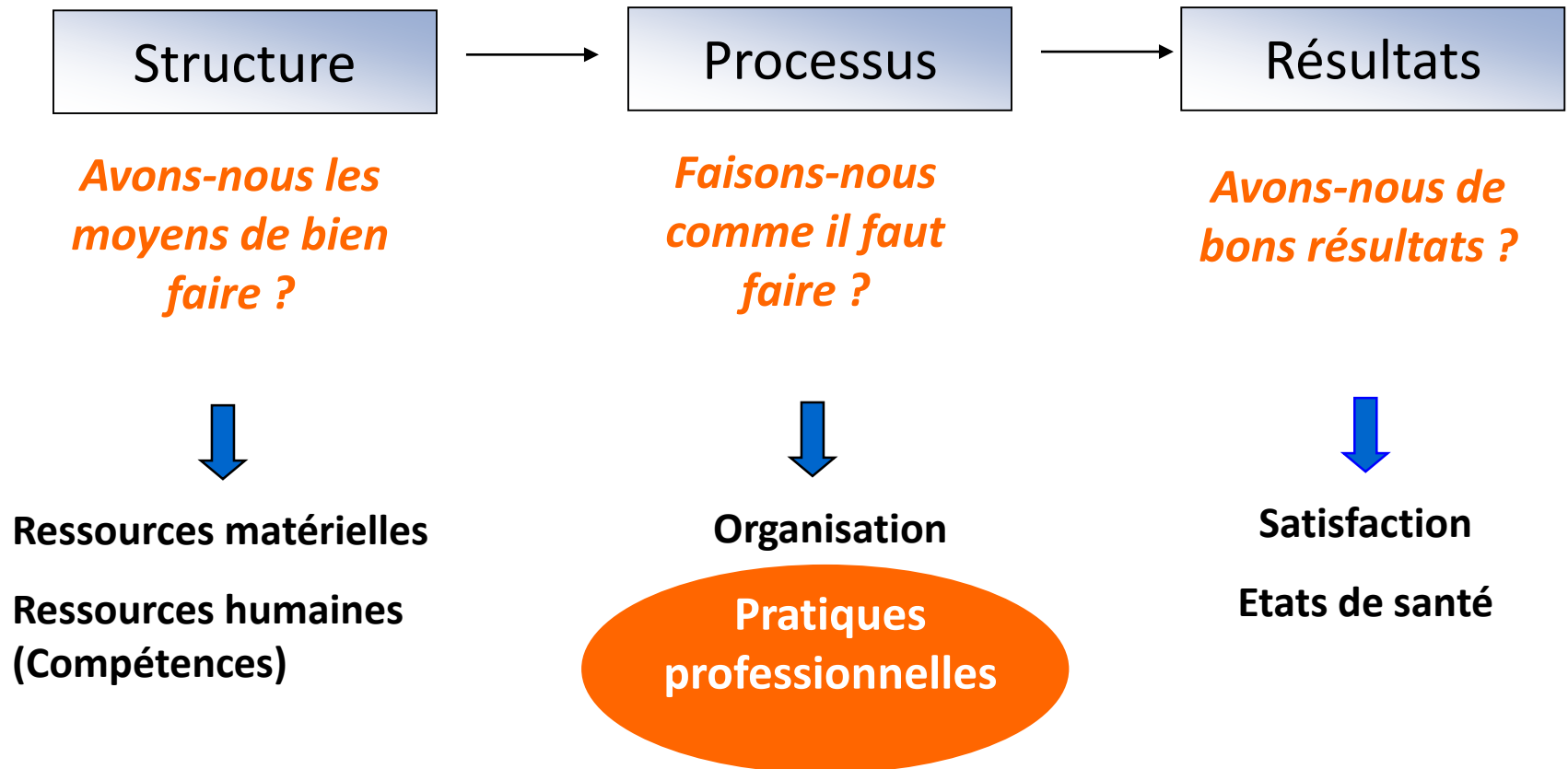
Plusieurs méthodes proposées par la HAS  
ET  
un modèle commun



## Roue de Deming



## Le modèle théorique de l'évaluation (Donabedian 1988)



Le choix de la thématique d'EPP doit reposer sur :

1. **La fréquence de la pratique** (dans l'activité individuelle du médecin, de l'équipe médicale, de l'établissement ...)
2. **La faisabilité de l'évaluation**
3. **L'existence d'une marge d'amélioration possible pour le professionnel engagé**
4. **L'impact potentiel en termes de santé publique** (prévalence gravité, coût)

# L'EPP dans la nouvelle certification V2020

Certaines activités d'un établissement de santé requièrent des audits de pratiques sur des thèmes prioritaires comme :

2.3-10 Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques **d'hygiène des mains**

2.3-11 Les équipes maîtrisent le risque infectieux en **appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires**

2.3-12 Les équipes maîtrisent les bonnes **pratiques d'antibioprophylaxie** liées aux actes invasifs Chirurgie et interventionnel

2.3-13 Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au traitement et au **stockage des dispositifs médicaux réutilisables**

2.3-14 Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux **dispositifs invasifs** en appliquant les précautions adéquates

2.3-15 Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent le risque infectieux en respectant les **bonnes pratiques per-opératoires**  
Chirurgie et interventionnel



## Critère 2.3-14 Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs en appliquant les précautions adéquates

Une maîtrise de la désinfection des dispositifs médicaux réutilisables permet de prévenir le risque infectieux.

Tout l'établissement Standard

Éléments d'évaluation	
<b>Patient</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le pansement sur le dispositif est transparent pour la surveillance du site d'insertion (abdomen vasculaire).</li> <li>Le système de sondage urinaire est un système clos et la tubulure est correctement placée (drainage urinaire).</li> <li>Le patient est placé en position demi-assise (ventilation assistée, hors contexte spécifique).</li> </ul>	<b>Patient traceur</b>
<b>Professionnels</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'équipe est formée aux bonnes pratiques de prévention des infections liées aux dispositifs invasifs.</li> <li>L'équipe dispose des protocoles de pose et d'entretien des abords vasculaires, drainage urinaire et ventilation assistée, et les connaît.</li> <li>La date de pose du dispositif est tracée dans le dossier du patient.</li> <li>La pertinence du maintien du(des)dispositif(s) invasif(s) est réévaluée quotidiennement.</li> <li>L'équipe évalue ses pratiques en matière de maîtrise du risque infectieux lié aux dispositifs invasifs en s'appuyant sur le référent en hygiène ou l'équipe opérationnelle d'hygiène et participe à des audits observationnels.</li> </ul>	

**QSS**

Bonnes pratiques de précautions complémentaires contact (PCC)



**Références HAS**

- Prévention des infections liées aux cathéters veineux périphériques, 2005.
- Pose et entretien des cathéters veineux périphériques. Critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles, 2007.

**Références légales et réglementaires**

- Art. R. 5212-36 et suivants du CSP.
- Art. R. 6111-1 à R. 6111-10 du CSP.
- Arrêté du 26 janvier 2007 relatif aux règles particulières de la matériovigilance exercée sur certains dispositifs médicaux, pris en application de l'article L. 5212-3 du CSP.
- Circulaire n° DGS/DH/98/249 du 20 avril 1998 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé.

**Autres références**

- Bonnes pratiques et gestion des risques associés au PICC – SF2H, 2013.
- Prévention des infections associées aux chambres à cathéters implantables pour accès veineux – SF2H, 2012.
- Surveiller et prévenir les infections associées aux soins, SF2H, 2010.
- Prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact – SF2H, 2009.
- Actualisation des précautions standard SF2H, juin 2017.
- Bonne pratique pour la prise en charge – et la prévention des IUAS de l'adulte – SF2H, AFU, SPILF, 2015.

## Critère 2.3-11 Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires

Les précautions standard (incluant l'hygiène des mains) constituent le socle indispensable de prévention des infections associées aux soins et s'appliquent toujours pour tous les patients. Les précautions complémentaires sont indiquées pour maîtriser la diffusion de certains micro-organismes à transmission aérienne ou par gouttelettes, ou à transmission manuportée : bactéries multi-résistantes ou hautement résistantes émergentes. Les règles imposées par l'équipe aux patients visant à limiter la transmission de ces micro-organismes et qui comportent des restrictions de mouvement, le maintien en chambre sous porte fermée, et le port de protections barrières (masques de soins) doivent être justifiées médicalement, expliquées au patient et s'accompagner d'aménagements facilitant leur mise en œuvre et leur acceptabilité.

Tout l'établissement Standard

Éléments d'évaluation	
<b>Patient</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le risque infectieux, la prescription et l'utilisation des précautions standard et complémentaires sont expliqués au patient et à ses proches aidants.</li> </ul>	<b>Patient traceur</b>
<b>Professionnels</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'équipe est formée aux bonnes pratiques de précautions standard et complémentaires d'hygiène : <ul style="list-style-type: none"> <li>l'équipe sait que les précautions standards sont à appliquer pour tout soin, en tout lieu, pour tout patient, quel que soit son statut infectieux, et par tout professionnel de santé ;</li> <li>l'équipe connaît les situations dans lesquelles il faut adjoindre des précautions complémentaires aux précautions standard ;</li> <li>l'équipe applique les bonnes pratiques de gestion des excréta.</li> </ul> </li> <li>L'équipe peut assurer l'isolement des patients, si besoin.</li> <li>L'équipe évalue ses pratiques en matière de précautions standard et complémentaires d'hygiène en participant aux audits réalisés par le référent en hygiène du service et/ou par l'équipe opérationnelle d'hygiène.</li> <li>L'équipe connaît et sait comment contacter les membres de l'équipe opérationnelle d'hygiène.</li> </ul>	
<b>Gouvernance</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Des audits sont réalisés et les résultats sont évalués, du type : <ul style="list-style-type: none"> <li>précautions complémentaires de type contact ;</li> <li>quick-audit hygiène des mains du groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière (GrepH) ;</li> <li>audit « gestion des excréta » ;</li> <li>réseau de prévention des infections associées aux soins.</li> </ul> </li> </ul>	<b>Traceur ciblé</b>

**QSS**

Bonnes pratiques de précautions complémentaires contact (PCC).



**Références légales et réglementaires**

- Circulaire n° DGS/DH/98/249 du 20 avril 1998 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé.

**Autres références**

- Prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact – SF2H, 2009.
- Actualisation des précautions standard – SF2H, juin 2017.
- Prévention de la transmission croisée par voie respiratoire : air ou gouttelette. Recommandations pour la pratique clinique (RPC) – SF2H, 2013.
- Bonnes pratiques et gestion des risques associés au PICC – SF2H.
- Prévention des infections associées aux chambres à cathéters implantables pour accès veineux – SF2H, 2012.

# L'audit clinique

Méthode d'évaluation qui permet, à l'aide de critères déterminés, 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**

# L'audit clinique

## Déroulement de l'audit :

1. [Choix du thème](#)
2. Information, sensibilisation des équipes,
3. Recherche référentiel
4. Analyse des critères (acceptabilité, pertinence)
5. Organisation pratique : [Protocole](#); [calendrier GANTT](#)
6. Réalisation de l'audit : 30 dossiers, X observations terrain
7. [Saisie des données](#)
8. Analyse des résultats
9. **Identification des écarts**
10. **Identification des actions correctives : plan d'action**
11. Réalisation du 2ème audit
12. [Rédaction du rapport](#) et perspectives de pérennisation
13. [Poster : communication](#)

### Ex d'audits cliniques

- ✓ Evaluation de la prise en charge de la douleur à l'accueil du sce des urgences
- ✓ Evaluation de l'antibioprophylaxie en chirurgie
- ✓ Evaluation des bonnes pratiques d'hygiène lors de la réalisation d'un acte Interventionnel

# L'audit clinique : pour qui, pourquoi ?

## 1. Dans quel contexte la demande d'audit s'inscrit-elle ?

- Qui demande l'audit ?
- Quel est le motif de la demande d'audit ?

## 2. Quel est le pourquoi de l'audit ?

- Recherche de causes précises face à des *problèmes récurrents*
- *Estimation du degré de gravité d'une situation*
- *Analyse préalable à un changement important*
- *Recherche de données fiables* pour mettre en œuvre un projet
- *S'assurer de l'application de bonnes pratiques*

## 3. Quels sont les moyens alloués à l'audit ?

# L'audit clinique : pour qui ?

## Identifier l'origine de la demande d'audit : légitimité

- ✓ La DG
- ✓ La cellule qualité
- ✓ Une instance (CLIN, CLUD...)
- ✓ Une direction fonctionnelle
- ✓ Un chef de service
- ✓ Un professionnel

### A différencier de :

L'audit externe

La certification

L'inspection de l'ARS

...

# Les objectifs : pourquoi ?

## Objectifs explicites

Mesurer la mise en œuvre des bonnes pratiques  
Améliorer et garantir la qualité des prestations  
Prévenir et gérer les risques (CLIN)

## Objectifs implicites

Sensibiliser le personnel  
Valoriser l'activité des professionnels audités



# Les moyens

- ✓ **Moyens humains** : chef de projet, équipe d'auditeurs, audités
- ✓ **Moyens matériels**: logistique, informatique
- ✓ **Moyens financiers**: engagement de la direction

## AUDIT EXTERNE

- Auditeur extérieur à la structure
- Effectué à la demande de l'ES
- Orienté sur l'organisation et les procédures

## AUDIT INTERNE

- Auditeur appartenant à la structure
- Sans responsabilité dans le secteur audité
- Effectué à la demande
- Orienté sur une organisation, un processus, une procédure



## 6 étapes

1. Choix du thème
2. Choix des critères (ou constitution du référentiel)
3. Choix du type d'étude et de la méthode de mesure
4. Recueil des données et mesure
5. Analyse des résultats
6. Elaboration des recommandations et suivi

## Etape 1

### Choix du thème

En fonction de :

- ✓ la fréquence de la pratique
- ✓ risque pour le patient
- ✓ potentiel d'amélioration
- ✓ l'existence de références scientifiques, professionnelles  
et réglementaires

## Etape 1

### Le groupe de travail

- ✓ Mise en place d'un **groupe de travail pluridisciplinaire**
- ✓ Constitution d'un **cahier des charges** précisant les **objectifs précis** de l'audit et ses justifications
- ✓ **Calendrier** d'action organisant les différentes étapes (GANTT)
- ✓ Attribution des **responsabilités et répartition des tâches**
- ✓ Secret professionnel et confidentialité des résultats

## Etape 1

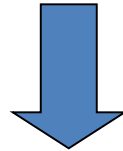
### Les acteurs

- ✓ **Le demandeur de l'audit** : objectifs, délais du projet, moyens, communication
- ✓ Le chef de projet (= responsable de l'audit)
- ✓ **L'équipe projet (= auditeurs)**: compétence, pluridisciplinarité, charte de travail
- ✓ Les professionnels du service (= audités)
- ✓ Les autres partenaires :
  - Soutien stratégique et/ou politique (CME, Direction)
  - Contributions directes (Formation, DIM)
  - Moyens logistiques (Informatique, services économiques)

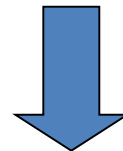
Etape 2

## Constitution d'un référentiel

**Référentiel = choix des critères**



Constitution de la base de comparaison entre la pratique réelle et la pratique jugée optimale



**Grille d'audit**

## Qu'est-ce qu'un référentiel ?

Document ou un ensemble de documents énonçant des **exigences qualité** relatives à un mode de fonctionnement.

L'élaboration du référentiel impose :

- ✓ l'analyse de la littérature
- ✓ une recherche exhaustive des **critères qualité**
- ✓ la prise en compte du contexte, de la discipline, dans lesquels la pratique est exercée.

## Qu'est-ce qu'un critère?

**Un élément auquel on se réfère pour porter un jugement, une appréciation**

*Caractérisé par :*

**Intitulé de critère** : ex Antibiotique injecté avant l'intervention

**Élément mesurable ou indicateur** : (ex les heures de l'injection et de l'incision sont notées sur la feuille d'anesthésie)

**Valeur cible** : ex : Antibioprophylaxie attendue pour 100% PTH programmées

**Instructions/consignes** : des instructions permettant un accord sur le sens des mots employés et les jugements portés, ainsi que sur le mode de recherche des informations nécessaires et éventuellement les NA

# Mise en œuvre de l'audit clinique

## Qu'est-ce qu'un critère?

**Éléments concrets observables** permettant d'avoir une vision précise de la pratique observée

- ✓ Critères de ressource
- ✓ Critères de processus +++
- ✓ Critères de résultats

## **Propriétés métriques des critères**

- Valide : apte à mesurer ce qu'il est sensé mesurer
- Quantifiable : selon des modalités définies
- Fiable : apte à une mesure précise et reproductible
- Sensible : mesure les variations de faible amplitude
- Spécifique : mesure une caractéristique à la fois

- Entre **15 et 25 critères** par référentiel



## Etape 3

### Choix de la méthode de mesure

- ✓ **Construire la grille d'évaluation**
  - rédiger les critères qualités : question à réponse fermée
- ✓ **Tester la grille et la réajuster le cas échéant**
- ✓ **Définir les modalités de l'évaluation :**
  - Type de l'étude (prospective/rétrospective)
- ✓ **Observation/pratique tracée**
  - Taille de l'échantillonnage ( ex 30 à 50 pratique/US)
  - Période de l'évaluation (ex 6 à 8 semaines)
  - Source d'information (professionnel, documentaire, moyens)
- ✓ **Modalités de Recueil des données** (observation, interview, autoévaluation)
- ✓ **Nommer l'évaluateur**

# Mise en œuvre de l'audit clinique

## Etape 3

### Choix de la méthode de mesure

#### **4 types d'outils**

- ✓ Le protocole d'audit
- ✓ La grille d'audit comportant l'ensemble des critères
- ✓ Le guide de remplissage de la grille : consignes d'évaluation de chaque critère
- ✓ Les tests des outils

#### **Le protocole comprend**

- ✓ Le champ de l'audit ou périmètre
- ✓ Les critères d'inclusion et d'exclusion
- ✓ Le type d'étude
- ✓ Le mode de recueil des données
- ✓ La taille de l'échantillon
- ✓ La période d'évaluation

## Etape 4

### Recueil des données

**OBJECTIF : Mesurer les critères qualité dans la réalité (sur le terrain)**

- organiser une réunion d 'information pour présenter les objectifs de l'audit
- remplir une feuille de collecte des données par pratique évaluée
- suivre l'évolution du recueil de données

## Analyse des résultats

Objectif : Identifier la ou les causes des écarts observés

- ✓ **Traiter les données recueillies** : (% , graphique, point +, point -, point à améliorer)
- ✓ **Rechercher et expliciter les causes des écarts**
  - professionnelles (manque de connaissance...)
  - organisationnelle (manque de coordination dans la prise en charge...)
  - institutionnelle (manque de méthode, de moyens...)
  - personnelle (manque de motivation...)

## Etape 6

### Plan d'action d'amélioration

#### **Elaboration du plan d'amélioration**

- ✓ Présentation des résultats aux professionnels ➡ validation
- ✓ Prioriser les actions correctives
- ✓ Etablir le calendrier prévisionnel des actions
- ✓ Nommer un responsable de chaque action
- ✓ Rédiger le rapport
- ✓ Fixer la période de réévaluation (6mois, 1 an après)

#### **Prévoir le suivi des améliorations mises en place**

- ✓ Définir le nombre de critères à réévaluer
- ✓ Evaluer l'impact des mesures correctives

# L'audit clinique

## Les facteurs de réussite

### 1- Relatifs à l'application de l'audit

- ✓ Choisir un thème pertinent répondant à une préoccupation réelle des professionnels et pour lequel il existe des références
- ✓ Définir les objectifs ciblés sur l'amélioration de la pratique et non sur l'évaluation des personnes (!!!)
- ✓ Composer un groupe projet compétent (expert du thème, connaissances méthodologiques, connaissance pratique locale)

## Les facteurs de réussite

### 2- Relatifs à l'intégration du projet dans une démarche institutionnelle

- ✓ Obtenir l'engagement explicite de la direction (!!!)
- ✓ Inscrire le projet dans le programme qualité de l'établissement
- ✓ Définir une politique de communication dès la mise en œuvre du projet
- ✓ Impliquer les instances représentatives
- ✓ Valoriser l'engagement des professionnels

référence (numSEM-pole-année)
<b>Programme EPP</b>
numéro du pôle
Intitulé du service
Nom du chef de projet EPP
Nom du programme :
<i>Indiquer le titre de l'EPP</i>
Domaine / thématique choisie
Type de démarche
<i>Préciser la méthode EPP : accréditation spécialité à risque, audit clinique, audit clinique ciblé, autres, chemin clinique, CREX, PAQ, RCP, RMM, revue de pertinence, staff EPP, suivi d'indicateurs, registres/observatoire/base de données</i>
Date de début de la démarche, durée, étapes intermédiaires...
<i>Date de début, date de recueil, date d'analyse, date de mise de définition des actions d'amélioration, date de mise en oeuvre des actions d'amélioration, date de mesure d'impact des action d'amélioration</i>
Mode de recueil et d'analyse des données
<i>Préciser le type de Recueil prospectif ou rétrospectif</i>
<i>Préciser les modalités de recueil sur dossier ou observation</i>
<i>Préciser les outils de recueil : la base de questionnaire ou sur la base d'entretien, méthode ALARM ou autres outil d'analyse systémique</i>
<i>Analyse des données : statistiques ou synthèse entretien ?</i>
Etat d'avancement (AU CHOIX)
<i>étape 1 : identification des enjeux, choix des références professionnelles, définition des objectifs, constitution du groupe de travail</i>
<i>étape 2 : étape allant jusqu'à la définition du plan d'action ou organisation formalisé recente (&lt;1an)</i>
<i>étape 3 : mise en œuvre des actions d'amélioration ou organisation formalisée, régulière sans évaluation</i>
<i>étape 4 : mesure de l'amélioration ou organisation formalisée évaluée avec actions d'amélioration ponctuelles</i>
<i>étape 5 : suivi régulier et benchmarking ou organisation intégrée dans la routine avec un amélioration continue</i>
Référence(s) et/ou recommandations utilisée(s)
<i>Indiquer la ou les références bibliographies ou la ou les recommandations qui vous ont servit à faire votre EPP</i>
Résultats en termes d'amélioration des pratiques
<i>Qu'est ce qu'on espère améliorer ? quels sont les gains attendus (ex réduire délais d'attente, améliorer la satisfaction, éviter les événements iatrogènes ..)</i>
<i>Noter votre indicateur d'impact et la cible à atteindre (en %, en délai en taux de conformité, ...)</i>
Points forts observés



<b>Points à améliorer</b>
<i>Expliquer ce qui ne va pas (en le chiffrant si possible) et qui pourraient être améliorés</i>
<b>Action d'amélioration</b>
<b>Développements ultérieurs envisagés</b>
<i>Comment mesurer l'impact : audit, suivi d'indicateur,</i>
<i>Est-ce que l'EPP va être intégrée dans l'organisation parente ?</i>
<b>Lien avec le programme pluriannuel d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement</b>
<i>LE faire en interne</i>
<b>Actions de communication</b>
<i>interne à l'établissement</i>
<i>externe à l'établissement (congrès, ou autre)</i>
<b>Précisez les démarches et leurs résultats</b>
<b>Professionnels engagés dans le programme</b>
<i>Mettre la liste des professionnels ayant participé à l'EPP</i>