

Evaluation et amélioration des pratiques professionnelles

**Démarche de qualité en
Anatomie et Cytologie Pathologiques (ACP)**

**Prise en charge d'un prélèvement tissulaire,
"le dossier-patient"**

Mars 2005

Sommaire

Introduction	3
Thème, objectifs et méthode de l'évaluation	4
Conduire l'auto-évaluation	5
Guide pour remplir la grille d'auto-évaluation	6-9
Grille d'auto-évaluation	10-15
Analyser les résultats	16-17
Elaborer un projet d'amélioration	18
Remerciements	19-21
Références documentaires	22

Introduction

La démarche d'Assurance Qualité en Anatomie et Cytologie Pathologiques (ACP) est organisée au sein de l'Association Française d'Assurance Qualité en Anatomie et Cytologie Pathologiques (AFAQAP). L'ensemble des structures institutionnelles de la discipline est représenté au niveau du Conseil d'Administration et du Conseil Scientifique, constitués chacun de 16 membres, avec parité des secteurs privés et publics. Plus de 80% des structures libérales ou publiques ont un adhérent à l'AFAQAP.

La loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie rend obligatoire pour tous les médecins " l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) " (Art. 14). L'EPP a pour but d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients. La démarche d'évaluation/amélioration des pratiques doit viser une action explicite d'amélioration dont le résultat doit pouvoir être mesuré. Elle doit être conduite en respectant une méthode rigoureuse et explicite et être fondée sur des références professionnelles incontournables, issues de l'analyse de la littérature. Un référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles (REPP) définit des objectifs ou exigences de qualité, déclinés en critères. Ces critères permettent de comparer la pratique d'un professionnel ou d'un groupe de professionnels à une référence validée.

L'AFAQAP, en partenariat avec l'ANAES puis la HAS, s'est engagée dans la rédaction de référentiels d'évaluation des pratiques. Ce travail a été réalisé par la commission 4 de l'AFAQAP (P^r Dominique HENIN, responsable de la commission 4, chargée de projet, et P^r Jean-François MICHIELS, président du conseil scientifique), accompagnée par la HAS (D^r Nathalie RIOLACCI, chef de projet, et P^r Jean-Michel CHABOT, chef de service de l'évaluation des pratiques professionnelles). De nombreux professionnels ont contribué à l'élaboration de ces référentiels (voir remerciements). Les références documentaires sont présentées en fin de document.

Un référentiel d'évaluation des pratiques se présente sous la forme d'une grille de recueil des données assortie d'un guide d'utilisation. Il permet l'évaluation des pratiques avant et après la mise en œuvre des actions d'amélioration. Deux documents sont aujourd'hui à la disposition des pathologistes des structures libérales et hospitalières. L'un porte sur l'organisation de la structure "Transmission, Réception et Enregistrement des prélèvements dans une structure d'ACP", l'autre traite de la **Prise en charge d'un prélèvement tissulaire, "le dossier-patient"**.

Le dossier-patient est défini en ACP par l'ensemble des informations archivées et disponibles dans le système de gestion du laboratoire (SGL) ou transmises par le compte rendu et des produits (lames, blocs et prélèvement congelé) issus de la prise en charge technique du prélèvement et conservés par la structure.*

Thème, objectifs et méthode

Thème de l'évaluation et professionnels concernés

Les professionnels considèrent que la traçabilité au sein de la structure ACP (prise en charge technique) et la coopération entre cliniciens et pathologistes contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge pluridisciplinaire et le service médical rendu au patient. C'est sur ces objectifs qu'est centré le REPP présenté ici.

Il s'agit d'évaluer les « informations » contenues dans le dossier et dans le compte rendu d'un patient. Les caractéristiques des dossiers à inclure sont précisées dans la rubrique « conduire son auto-évaluation ». Cette évaluation concerne tous les professionnels ayant une activité diagnostique sur les prélèvements tissulaires, quel que soit le mode d'exercice, en cabinet ou en établissement de santé.

Objectifs et références

Les objectifs sont les suivants :

1. Améliorer la saisie et l'exploitation des informations essentielles à la prise en charge des patients et à la continuité des soins.

Critères : 1, 2, 3, 4. Consensus professionnel (RBPACP), standards (SOR), NF ISO 15189.

2. Améliorer le suivi (traçabilité) technique du prélèvement dans la structure d'ACP.

Critères : 5, 6, 7. Consensus professionnel (RBPACP) et standards (SOR).

3. Améliorer la qualité du rendu diagnostique pour optimiser la prise en charge des patients.

Critères : 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17. Consensus professionnel (RBPACP) et standards (SOR).

Ces objectifs sont issus de recommandations professionnelles. Ces documents sont considérés comme des consensus professionnels (RBPACP), des standards (SOR de la FNCLCC) ou des normes (NF ISO). Les références documentaires sont à la fin du document.

Méthode et protocole d'évaluation

Il s'agit d'une auto-évaluation. Il faut successivement :

1. Sélectionner les dossiers selon les consignes pour conduire l'auto-évaluation.
2. Lire le guide avant de remplir la grille d'évaluation.
3. Remplir la grille d'évaluation.
4. Analyser vos résultats et élaborer un projet d'amélioration.

Conduire l'auto-évaluation

Sélectionner les dossiers

L'évaluation porte sur 30 « dossiers et compte rendus ACP » patients. **Chaque médecin ACP** doit évaluer **30 dossiers** dont **10 traitant de biopsies** et **20 de pièces opératoires**, dont au moins 8 sont des pièces opératoires complexes et au moins 5 sont des pièces opératoires (simples ou complexes) avec examen extemporané.

Sont exclus les dossiers traitant de prélèvements uniquement adressés pour examen cytologique, congélation ou tumorotheque.

La sélection des dossiers s'opère de la façon suivante :

- Le médecin choisit par tirage au sort un jour **écoulé** (JX).
- Si JE est la date de l'auto-évaluation, $JX = JE - 30$ jours au moins.
- **Les dossiers à partir de JX** qui satisfont aux critères d'inclusion sont inclus selon l'ordre d'enregistrement (dossiers successifs et non consécutifs) jusqu'à atteindre les quotas fixés pour chaque catégorie.

Lire d'abord le guide avant de remplir la grille

- ❖ La qualité des dossiers est analysée à l'aide de 17 critères. Pour chaque dossier, vous devez répondre aux 17 questions.
- ❖ **Avant de répondre, se référer aux explications dans le guide.**
- ❖ **Pour remplir les grilles :**
 - Indiquer le **type de prélèvement** : biopsie = B, pièce opératoire simple = POS, pièce opératoire complexe = POC, pièce opératoire avec examen extemporané = POE (que la pièce opératoire soit simple ou complexe).
 - **Une seule réponse par case** : OUI, NON ou NA (non applicable).
 - Les réponses **NON** ou **NA** appellent toujours un commentaire.

Analyser les résultats et élaborer un projet d'amélioration

La démarche ne consiste pas en un simple recueil, vous devez :

1. Analyser vos résultats par rapport aux objectifs. Il faut préalablement dénombrer les réponses OUI, NON et NA. Les écarts de pratique sont signalés par la réponse NON.
2. Elaborer un projet d'amélioration.

Guide pour remplir la grille (1)

Critère 1. Les coordonnées* de la structure d'Anatomie et Cytologie Pathologiques (ACP) et le nom du médecin ACP ayant effectué l'examen figurent dans le **compte rendu**.

Note : on entend par coordonnées de la structure : nom + adresse postale + téléphone.*

2 réponses possibles : OUI ou NON.

OUI si tous les éléments de l'affirmation sont vérifiés.

NON si une des informations est manquante ou incomplète. Si réponse NON, commentez.

Critère 2. L'identification complète* du patient est mentionnée dans le **compte rendu**.

Note : on entend par identification complète du patient : nom, prénom, sexe, date de naissance.*

2 réponses possibles : OUI ou NON.

OUI si l'identification du patient dans le compte rendu est complète.

NON si l'identification du patient dans le compte rendu est incomplète (s'il manque un des éléments). Si réponse NON, commentez.

Critère 3. Le nom et les coordonnées* du demandeur** sont mentionnés dans le **compte rendu**.

Note : on entend par coordonnées : l'adresse postale du demandeur ou le service d'hospitalisation ou de consultation, si le patient est suivi dans une structure hospitalière. Les demandeurs** sont les interlocuteurs habituels des structures d'ACP : médecins, établissements privés de santé (cliniques) ou services hospitaliers. Si le prélèvement est effectué au sein de la structure, le médecin ACP devient le demandeur.*

2 réponses possibles : OUI ou NON.

OUI si le nom et les coordonnées (telles que définies ci-dessus) du médecin demandeur sont notés dans le compte rendu.

NON si ces informations sont incomplètes ou absentes du compte rendu. Si réponse NON, commentez.

Critère 4. Le nom et les coordonnées* du (ou des) médecin(s) correspondant(s)** sont **archivés et disponibles***** dans la structure ACP.

Note : on entend par coordonnées : l'adresse postale du médecin correspondant ou, si le patient est suivi à l'hôpital, le médecin (service) ayant en charge le patient pour la pathologie concernée. On entend par correspondant(s)** le/les médecins ayant en charge le patient pour la pathologie concernée, autres que le demandeur. Il n'y a pas de contrainte sur le support d'archivage*** ; ces informations peuvent, par exemple, être disponibles et archivées dans le système de gestion du laboratoire (SGL) ou sur la demande d'examen archivée.*

3 réponses possibles : OUI ou NON ou NA.

OUI si le nom et les coordonnées du (ou des) médecin(s) correspondant(s) sont archivés et disponibles dans la structure ACP.

NON si ces informations sont incomplètes ou non archivées ou non disponibles. Si réponse NON, commentez.

NA si aucun autre médecin que le demandeur n'est connu par l'ACP comme intervenant dans la prise en charge du patient. Si réponse NA, commentez.

Guide pour remplir la grille (2)

Critère 5. Le **compte rendu et les produits issus de la prise en charge technique** du prélèvement (blocs/lames) portent le même numéro d'enregistrement*.

Note : le numéro d'enregistrement émis par la structure pour chaque demande d'examen sert de référence pour les étapes techniques, la saisie du compte rendu, la codification et l'archivage.*

2 réponses possibles : OUI ou NON.

OUI si le numéro d'enregistrement émis par la structure pour la demande d'examen concernée est identique sur le compte rendu et les produits issus de la prise en charge technique.

NON si ces numéros sont différents ou si un numéro est manquant sur l'un des éléments cités. Si réponse NON, commentez.

Critère 6. La date de réception du prélèvement **et** la date d'édition du compte rendu sont notées dans le **compte rendu**.

2 réponses possibles : OUI ou NON.

OUI si tous les éléments cités sans exception sont présents dans le compte rendu.

NON si un des éléments est absent. Si réponse NON, commentez.

Critère 7. Le type*, la nature** et le nombre*** de prélèvements sont mentionnés dans le **compte rendu**.

Note : le type de prélèvement correspond à biopsie, pièce opératoire, etc. La nature** du prélèvement renvoie à l'origine tissulaire. Le nombre*** correspond au nombre de fragments transmis.*

2 réponses possibles : OUI ou NON.

OUI si tous les éléments cités ci-dessus sont mentionnés sur le compte rendu.

NON si un des éléments cités manque dans le compte rendu. Si réponse NON, commentez.

Critère 8. Les informations cliniques figurant sur la demande d'examen et motivant cette demande sont **archivées et disponibles*** dans la structure.

Note : il n'y a pas de contrainte sur le support d'archivage ; ces informations peuvent, par exemple, être disponibles et archivées dans le système de gestion du laboratoire (SGL) ou sur la demande d'examen archivée.*

3 réponses possibles : OUI ou NON ou NA.

OUI si les informations cliniques sont présentes sur le compte rendu ou archivées et disponibles quel que soit le support.

NON si ces informations cliniques sont présentes sur la demande, mais non présentes sur le compte rendu ou non archivées ou non disponibles. Si réponse NON, commentez.

NA s'il n'y a pas d'informations cliniques sur la demande d'examen. Si réponse NA, commentez.

Critère 9. Le diagnostic lésionnel ou les hypothèses diagnostiques sont mentionnés dans le **compte rendu**.

2 réponses possibles : OUI ou NON.

OUI si le compte rendu mentionne le diagnostic ou les hypothèses diagnostiques.

NON si le compte rendu ne mentionne pas le diagnostic ou les hypothèses diagnostiques. Si réponse NON, commentez.

Guide pour remplir la grille (3)

Critère 10. Le codage* du (ou des) diagnostic(s) lésionnel(s) selon une nomenclature officiellement reconnue est **archivé et disponible**** dans la structure ACP.

Note : le codage lésionnel utilisé doit appartenir à une nomenclature officiellement reconnue : ADICAP, SNOMED, CIM8, 9, 10. Il n'y a pas de contrainte sur le support d'archivage** de ces informations ; il doit permettre une exploitation statistique et épidémiologique des données.*

2 réponses possibles : OUI ou NON.

OUI si les 2 éléments cités sont vérifiés.

NON si un des éléments est absent. Si réponse NON, commentez.

Critère 11. Si l'établissement du diagnostic ou des hypothèses diagnostiques a nécessité le recours à des techniques particulières*, le **compte rendu** mentionne le nom des techniques utilisées **et** les résultats obtenus.

Note : on entend par techniques particulières des colorations spéciales, des techniques d'immunohistochimie ou de biologie moléculaire.*

3 réponses possibles : OUI ou NON ou NA.

OUI si les techniques utilisées pour poser ou rejeter le diagnostic et leurs résultats sont mentionnés dans le compte rendu.

NON si les techniques utilisées pour poser ou rejeter le diagnostic ne sont pas mentionnées dans le compte rendu ou si les résultats ne sont pas mentionnés dans le compte rendu. Si réponse, NON commentez.

NA si aucune technique complémentaire n'a été utilisée. Si réponse NA, commentez.

Critère 12. Pour les pièces opératoires, les données de l'examen macroscopique (aspect, mensurations) sont mentionnées dans le **compte rendu**.

3 réponses possibles : OUI ou NON ou NA.

OUI si la description macroscopique figure dans le compte rendu.

NON si la description macroscopique ne figure pas dans le compte rendu. Si réponse NON, commentez.

NA pour les biopsies et les produits de résection fragmentés. Si réponse NA, commentez.

Critère 13. Si un repérage* des blocs ou des lames a été effectué, ce repérage des blocs et/ou des lames doit être **archivé et disponible**** dans la structure ACP.

Note : on entend par repérage, un marquage (exemple une sous numérotation ou indexage) des blocs fait par le médecin ACP lors de l'examen macroscopique pour situer les prélèvements (repères anatomiques, localisation par rapport à une lésion, etc.) sur les lames. Il n'y a pas de contrainte sur le support d'archivage** de ces informations : disponibles sur SGL, feuille de paillasse ou reportées sur le compte rendu.*

3 réponses possibles : OUI ou NON ou NA.

OUI si cette information est archivée et disponible quel que soit le support.

NON si la trace de ce repérage n'a pas été conservée ou n'est pas disponible. Si réponse NON, commentez.

NA, si aucun repérage n'a été fait. Si réponse NA, commentez.

Guide pour remplir la grille (4)

Critère 14. En cas de pathologie tumorale maligne, les critères histopronostiques* figurent dans le **compte rendu**.

Note : on entend par critères histopronostiques, les éléments microscopiques utiles à l'appréciation du pronostic. Les critères histopronostiques recommandés sont ceux validés par les instances nationales ou internationales pour chaque pathologie (conférences de consensus, OMS, etc.).*

3 réponses possibles : OUI ou NON ou NA.

OUI si le compte rendu mentionne les critères histopronostiques.

NON si le compte rendu ne mentionne pas les critères histopronostiques. Si réponse NON, commentez.

NA s'il ne s'agit pas d'une lésion tumorale maligne.

Critère 15. Lors de l'exérèse* d'une lésion tumorale maligne, l'étude des marges** d'exérèse figure dans le **compte rendu**.

Note : on entend par exérèse, une biopsie exérèse ou une exérèse chirurgicale. L'étude des marges** d'exérèse d'une lésion correspond à la situation de la lésion par rapport aux tranches de section chirurgicale, à l'échelon macroscopique et/ou microscopique.*

3 réponses possibles : OUI ou NON ou NA.

OUI si le compte rendu mentionne l'étude des marges d'exérèse.

NON si le compte rendu ne mentionne pas l'étude des marges d'exérèse. Si réponse NON, commentez.

NA s'il ne s'agit pas d'une tumeur maligne, et en cas de tumeur maligne, si le prélèvement correspond à une biopsie ou à une résection fragmentée sans tranche de section chirurgicale individualisée.

Critère 16. Si un examen extemporané a été effectué, le **compte rendu final** mentionne les résultats de l'examen extemporané, tels qu'ils ont été énoncés en cours d'intervention.

3 réponses possibles : OUI ou NON ou NA.

OUI si les résultats de l'extemporané sont mentionnés dans le compte rendu final et sont identiques à ceux énoncés en cours d'intervention.

NON si les résultats de l'extemporané ne sont pas mentionnés dans le compte rendu final ou ne sont pas identiques à ceux énoncés en cours d'intervention. Si réponse NON, commentez.

NA s'il n'y a pas eu d'examen extemporané.

Critère 17. Si un examen extemporané a été effectué, le **compte rendu final** mentionne la concordance ou les raisons d'une éventuelle différence entre le résultat énoncé lors de l'examen extemporané et le diagnostic final.

3 réponses possibles : OUI ou NON ou NA.

OUI si la concordance ou une éventuelle différence entre le résultat énoncé en cours d'intervention, lors de l'examen extemporané, et le diagnostic final sont mentionnées dans le compte rendu final.

NON si dans le compte rendu final ne figure aucun commentaire sur la concordance ou les raisons d'une éventuelle différence entre le résultat énoncé lors de l'examen extemporané et le diagnostic final. Si réponse NON, commentez.

NA s'il n'y a pas eu d'examen extemporané.

Grille d'auto-évaluation (1)

N° du dossier	Type de prélèvement*	1			2			3			4			5			6			7			8			9					
		OUI	NON	NA																											
1																															
2																															
3																															
4																															
5																															
6																															
7																															
8																															
9																															
10																															
11																															
12																															
13																															
14																															
15																															

*B (Biopsie), POS (pièce opératoire simple), POC (pièce opératoire complexe), POE (pièce opératoire avec extemporané)

Grille d'auto-évaluation (2)

N° du dossier	Type de prélèvement*	10			11			12			13			14			15			16			17		
		OUI	NON	NA	OUI	NON	NA	OUI	NON	NA	OUI	NON	NA	OUI	NON	NA	OUI	NON	NA	OUI	NON	NA	OUI	NON	NA
		Le codage* du (ou des) diagnostic(s) lésionnel(s) selon une nomenclature officiellement reconnue est archivé et disponible** dans la structure ACP.			Si l'établissement du diagnostic ou des hypothèses diagnostiques a nécessité le recours à des techniques particulières*, le compte rendu mentionne le nom des techniques utilisées et les résultats obtenus.			Pour les pièces opératoires, les données de l'examen macroscopique (aspect, mensurations) sont mentionnées dans le compte rendu .			Si un repérage* des blocs et/ou des lames a été effectué, ce repérage des blocs et/ou des lames doit être archivé et disponible** dans la structure ACP.			En cas de pathologie tumorale maligne, les critères histopronostiques* figurent dans le compte rendu .			Lors de l'exérèse* d'une lésion tumorale maligne, l'étude des marges** d'exérèse figure dans le compte rendu .			Si un examen extemporané a été effectué, le compte rendu final mentionne les résultats de l'examen extemporané, tels qu'ils ont été énoncés en cours d'intervention.			Si un examen extemporané a été effectué, le compte rendu final mentionne la concordance ou les raisons d'une éventuelle différence énoncé lors de l'examen extemporané et le diagnostic final.		
1																									
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									

*B (Biopsie), POS (pièce opératoire simple), POC (pièce opératoire complexe), POE (pièce opératoire avec extemporané)

Grille d'auto-évaluation (3)

N° du dossier	Type de prélèvement*	1			2			3			4			5			6			7			8			9		
		OUI	NON	NA																								
16																												
17																												
18																												
19																												
20																												
21																												
22																												
23																												
24																												
25																												
26																												
27																												
28																												
29																												
30																												

*B (Biopsie), POS (pièce opératoire simple), POC (pièce opératoire complexe), POE (pièce opératoire avec extemporané)

Grille d'auto-évaluation (4)

N° du dossier	Type de prélèvement*	10			11			12			13			14			15			16			17		
		OUI	NON	NA	OUI	NON	NA	OUI	NON	NA	OUI	NON	NA	OUI	NON	NA	OUI	NON	NA	OUI	NON	NA			
		Le codage* du (ou des) diagnostic(s) lésionnel(s) selon une nomenclature officiellement reconnue est archivé et disponible** dans la structure ACP.			Si l'établissement du diagnostic ou des hypothèses diagnostiques a nécessité le recours à des techniques particulières*, le compte rendu mentionne le nom des techniques utilisées et les résultats obtenus.			Pour les pièces opératoires, les données de l'examen macroscopique (aspect, mensurations) sont mentionnées dans le compte rendu .			Si un repérage* des blocs ou lames a été effectué, ce repérage des blocs et/ou lames doit être archivé et disponible** dans la structure ACP.			En cas de pathologie tumorale maligne, les critères histopronostiques* figurent dans le compte rendu .			Lors de l'exérèse* d'une lésion tumorale maligne, l'étude des marges** d'exérèse figure dans le compte rendu .			Si un examen extemporané a été effectué, le compte rendu final mentionne les résultats de l'examen extemporané, tels qu'ils ont été énoncés* en cours d'intervention			Si un examen extemporané a été effectué, le compte rendu final mentionne la concordance ou les raisons d'une éventuelle différence entre le résultat énoncé lors de l'examen extemporané et le diagnostic final.		
16																									
17																									
18																									
19																									
20																									
21																									
22																									
23																									
24																									
25																									
26																									
27																									
28																									
29																									
30																									

*B (Biopsie), POS (pièce opératoire simple), POC (pièce opératoire complexe), POE (pièce opératoire avec extemporané)

Grille d'auto-évaluation (5)

N° du dossier	Observations et/ou commentaires indispensables si réponse NON ou NA, par dossier patient
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	

Grille d'auto-évaluation (6)

N°du dossier	Observations et/ou commentaires indispensables si réponse NON ou NA, par dossier patient
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	

Analyser les résultats (1)

Cette étape est **obligatoire**, l'auto-évaluation ne se limitant pas au recueil des informations. Etablir le nombre de OUI, de NON ou de NA par objectif. Les écarts de pratique sont associés à la réponse NON.

Améliorer la saisie et l'exploitation des informations essentielles à la prise en charge des patients et à la continuité des soins.			
	Nombre de dossiers OUI	Nombre de dossiers NON	Nombre de dossiers NA
Critère 1			
Critère 2			
Critère 3			
Critère 4			

Améliorer le suivi (traçabilité) technique du prélèvement dans la structure d'ACP.			
	Nombre de dossiers OUI	Nombre de dossiers NON	Nombre de dossiers NA
Critère 5			
Critère 6			
Critère 7			

Analyser les résultats (2)

Améliorer la qualité du rendu diagnostique pour optimiser la prise en charge des patients.			
	Nombre de dossiers OUI	Nombre de dossiers NON	Nombre de dossiers NA
Critère 8			
Critère 9			
Critère 10			
Critère 11			
Critère 12			
Critère 13			
Critère 14			
Critère 15			
Critère 16			
Critère 17			

Elaborer votre projet d'amélioration

Que pensez-vous de vos résultats ? Sont-ils conformes à ce que vous attendiez ?

Quels sont vos points forts ?

Comment expliquez-vous les écarts observés ?

Quels sont les objectifs à améliorer ?

Quelles sont les actions à mettre en œuvre ?

Précisez le calendrier de réalisation, les ressources nécessaires et les freins ou obstacles éventuels ?

Remerciements

Ce document a été réalisé par la commission 4 de l'AFAQAP (P^r Dominique HENIN, responsable de la commission 4, chargée de projet, et P^r Jean-François MICHIELS, président du conseil scientifique) et le D^r Nathalie RIOLACCI, chef de projet à la HAS, sous la responsabilité du P^r Jean-Michel CHABOT, chef de service évaluation des pratiques à la HAS. La recherche documentaire a été effectuée conjointement par l'AFAQAP et par le service documentation de la HAS (M^{me} Emmanuelle BLONDET et M. Aurélien DANCOISNE, sous la direction de M^{me} Frédérique PAGES). Le secrétariat a été assuré par M^{mes} Corinne CAMIER et Laure LOPEZ.

De nombreux professionnels ont apporté leur concours à l'élaboration de ce document.

Groupe de travail : AFAQAP Commission 4

- G. ALLET, médecin ACP libéral, Nantes.
- E. ANGER, médecin ACP libéral, correspondant ANAES, représentant des URML, Alençon.
- C. BERGERON, médecin ACP libéral, Pasteur-Cerba, Cergy Pontoise.
- A-M. CHESNEAU, médecin ACP, CHG Pontoise.
- M. CHEVALIER, médecin ACP libéral, Lyon.
- J-P. DONZEL, médecin ACP libéral, Chambéry.
- A. FOULET-ROGE, médecin ACP, CHG Le Mans.
- D. HENIN, médecin ACP, CHU Bichat-Claude Bernard Paris, responsable de la commission 4.
- F. LAVAL, cadre supérieur médico-technique, CHU Bichat-Claude Bernard Paris, membre fondateur du "club des cadres de l'AP-HP".
- E. MERY, médecin ACP, CLCC, Toulouse.
- J-F. MICHIELS, médecin ACP, CHU Nice, président du conseil scientifique de l'AFAQAP.
- E. PIATON, médecin ACP, CHU Lyon.
- C. PIERRE, médecin ACP, Directeur, HIA Metz.

Groupe de lecture

Les instances de la discipline représentées à l'Association Française d'Assurance Qualité en Anatomie Pathologique (AFAQAP) ont constitué le groupe de lecture :

Académie Internationale de Pathologie (AIP), Association pour le Développement de l'Informatique en Cytologie et en Anatomie Pathologique (ADICAP), Association Française des Enseignants en Chercheurs et Anatomie Pathologiques (AFECAP), Collège National des Pathologistes des Hôpitaux Généraux (CNPHG), Fédération des Centres de Regroupement Informatique de Statistique en Anatomie Pathologique (F-CRISAP), Société Française de Cytologie Clinique (SFCC), Société Française de Pathologie (SFP), Syndicat National des Médecins Anato-Cyto-Pathologistes Français (SNMACPF).

Experts du thème

J-P. BELLOCQ, médecin ACP, CHU Strasbourg, président de l'AFAQAP.
M-C. DAUGE, médecin ACP, CHU Bichat-Claude Bernard Paris, président du SNMACPF.
M. FABRE, médecin ACP, CHU Kremlin Bicêtre, SFCC.
N. FROMENT, médecin ACP libéral, Metz, vice-président de la Division Française de l'AIP.
B. GOSSELIN, médecin ACP, CHU Lille, président de l'AFECAP.
C. GUETTIER, médecin ACP, CHU Bicêtre, secrétaire général de la SFP.
P. MICHENET, médecin ACP, CHR Orléans, représentant du CNPHG.
D. MICHIELS-MARZAIS, médecin ACP libéral, Dijon, F-CRISAP.
P. ROIGNOT, médecin ACP libéral, Dijon, secrétaire général de l'ADICAP.
J-J. VOIGT, médecin ACP, CLCC Toulouse, président de la SFP.

Experts de la méthode

B. BALLY, anesthésiste, CHU Grenoble, chef de projet HAS.
M. ERBAULT, chef de projet HAS.
H. LECLET, radiologue, expert AFNOR, CHR Berck.
G. MIGLIORI, chirurgien, expert ANAES, conciliateur, CHU Nice.
J-F. QUARANTA, hémobiologiste, responsable gestion des risques et vigilances, CHU Nice.
P. RAVAUD, médecin épidémiologiste, CHU Bichat-Claude Bernard Paris.
M-J. RAVINEAU, cadre de santé, chef de projet HAS, CH Meaux.
G. SALFATI, médecin généraliste, correspondant ANAES, Autun.
C. SATTONNET, médecin ACP libéral, expert COFRAC, Cagnes sur mer.

Groupe test

33 médecins ACP et 2 non-médecins choisis parmi les personnes ayant assisté à l'EPU "Assurance Qualité" de l'AFAQAP ou connus comme ayant déjà initié une démarche Assurance Qualité, en respectant un équilibre entre exercice libéral et public.

Exercice Libéral : 16 médecins ACP, 1 cadre supérieur médico-technique (CSMT)

C. CHAPELAIN, Colmar.
P. COURTIN, Tourcoing.
J-M. DOUMECQ LACOSTE, Clichy.
D. DOUVIN, Orléans.
N. GOUJON, Clermont Ferrand.
J-F. HENNINGER, Auxerre.
M. HUSSON, Nancy.
J-P. LAB, Paris.
J. LE LAN, Rennes.
C. MONEGIER DU SORBIER, Tours.
N. PADILLA, Le Mans.

T. PETIT, Amiens.

R. PICOT, Reims.

H-P. SANCHEZ, Le Bouscat.

D. TROPHILME, Paris.

H. VO NGOC, Pontoise.

N. ROCHAND, Directrice Service Qualité, Pasteur-Cerba, Cergy Pontoise.

Etablissement privé participant au service public (EPPSP) : 2 médecins ACP

M. AUGROS, Lyon.

B. BESSIERE, Paris.

Exercice Public : 15 médecins ACP, 1 cadre supérieur médico-technique (CSMT)

E. AUBERGER, CHG Eaubonne.

A-M. BOUDAT, CHG Tarbes.

P. CAMPARO, HIA Val-de-Grâce, Paris.

D. FIGARELLA-BRANGER, CHU Marseille.

C. FROMENTIN, CHG Lens.

M-B. LEGER-RAVET, CHG Longjumeau.

M-C. MACHET, CHU Tours.

L. MARCELLIN, CHU Strasbourg.

B. MARIE, CHU Nancy.

M. PEFFAULT DE LATOUR, CLCC Clermont-Ferrand.

N. PINEL, CHU Grenoble.

J-M. PIQUENOT, CLCC Rouen.

B. ROCHE, CHG Montreuil.

G. VIENNET, CHU Besançon.

L. XERRI, CLCC Marseille.

J-P. MICHOT, CSMT, CLCC Lyon.

Centres Hospitaliers Généraux (CHG), Régionaux (CHR) et Universitaires (CHU), Centre de Lutte Contre le Cancer (CLCC), Hôpital d'Instruction des Armées (HIA).

Références documentaires

Ces référentiels sont rédigés en prenant en compte l'ensemble des éléments de la réglementation et des recommandations publiées ces 5 dernières années. Une recherche exhaustive des textes législatifs et réglementaires a été effectuée entre le 1^{er} juillet et le 30 août 2004. L'ensemble de ces références est à la disposition des professionnels sur le site de l'AFAQAP depuis septembre 2004. Ont été systématiquement analysés les textes et recommandations émanant des sociétés savantes, publiées dans les revues indexées ou mis à la disposition sur les sites officiels ANAES, FNCLCC. Les textes retenus pour l'élaboration de ce référentiel sont :

Recommandations de Bonnes Pratiques en Anatomie et Cytologie Pathologiques. Document préparé par l'Association Française d'Assurance Qualité en Anatomie et Cytologie Pathologiques (AFAQAP). Commission N°4: organisation et fonctionnement des structures d'ACP. J-P. Saint-André, J-P. Donzel, E. Anger, F. Chatelet, B. Cochand-Priollet, P. de Graeve, F. Gérard, J. Hassoun, D. Hénin, C. Marsan, E. Martin, M-J. Martin, C. Menchon, B. Muller, M. Parache, C. Rey, E-H. Sevestre, J-J. Voigt, H. Vo Ngoc, L. Zérat. Ann Pathol 1998 ; 18:227-36.

NF EN ISO 15189. Laboratoires d'analyses de biologie médicale - Exigences particulières concernant la qualité et la compétence. Octobre 2003 (*disponible sur le site web de l'AFAQAP*).

Standards, Options et Recommandations : bonnes pratiques de l'acheminement et de la prise en charge initiale d'un prélèvement d'anatomie et cytologie pathologiques en cancérologie. Y. Denoux, M-P. Blanc-Vincent, J. Simony-Lafontaine, V. Verrièle-Beurrier, M. Briffod, J-J. Voigt. Ann Pathol 2003 ; 23:266-78 (SOR 2002).

Standards, Options et Recommandations pour la rédaction d'un compte rendu d'anatomie et cytologie pathologiques en cancérologie. L. Arnould, M. Fiche, M-P. Blanc-Vincent, V. Le Doussal, B. Signal-Zafrani, G. Gory-Delaboere, G. M. Briffod, P. Viehl, J-J. Voigt. Ann Pathol 2003 ; 23:79-95 (SOR 2001).

Circulaire DGS/SD5C/DHOS/E2/DRT/CT1/CT2/2004/382 du 30 juillet 2004 relative aux précautions à observer dans les services d'anatomie et cytologie pathologiques, les salles d'autopsie, les chambres mortuaires et les laboratoires de biologie «spécialisés ATNC», vis à vis du risque de transmission des agents transmissibles conventionnels (ATC) et non conventionnels (ATNC). NOR : SANP 04 30390C.

Circulaire DGS/DH du 20 avril 1998 relative à la prévention et à la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors de soins dans les établissements. NOR : MESP 98 301176C.

Arrêté du 13 août 1996, fixant les mesures techniques de prévention, notamment de confinement à mettre en œuvre dans les industries, les laboratoires de recherche et d'enseignements où les travailleurs sont susceptibles d'être exposés à des agents biologiques pathogènes JO n° 209 du 7/9/1996 NOR : TEFT 94 00313D.

Guide d'élaboration de référentiels des pratiques professionnelles (ANAES 2004).