

Evaluation et amélioration des pratiques professionnelles

Démarche de qualité en
Anatomie et Cytologie Pathologiques (ACP)

Transmission, Réception et Enregistrement
des prélèvements dans une structure
d'Anatomie et Cytologie Pathologiques

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	6-10
Grille d'auto-évaluation	11-13
Analyser les résultats	14-15
Elaborer un projet d'amélioration	16
Remerciements	17-19
Références documentaires	20

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 "**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".

Thème, objectifs et méthode

Thème de l'évaluation et professionnels concernés

Les conditions de transmission des prélèvements, les conditions de leur réception et leur enregistrement par l'ACP sont des étapes importantes pour la qualité de l'examen ACP. Cette évaluation porte sur la qualité de l'organisation de ces activités. Cette évaluation s'adresse à toute structure ACP et concerne tous les professionnels ayant en charge l'organisation des activités définies ci-dessus.

Objectifs et références

Les professionnels définissent comme prioritaires les actions suivantes pour améliorer la qualité de l'organisation des activités de transmission, réception et enregistrement des prélèvements par une structure ACP.

1. Améliorer le conditionnement et la transmission des prélèvements adressés à une structure d'ACP.
Critères : 1, 2, 3, 4. Consensus professionnel (RBPACP), Standards (SOR) et NF ISO 15189.
2. Assurer la sécurité des personnels lors de la réception des prélèvements.
Critères : 5, 6, 7. Circulaire ATC/ATNC 2004.
3. Améliorer le suivi de la prise en charge d'un prélèvement dans une structure d'ACP.
Critères : 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16. Consensus professionnel (RBPACP) et Standards (SOR).

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

Méthode et protocole d'évaluation

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

1. Lire 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 des dossiers ?

Il n'y a pas de dossiers à sélectionner. Il s'agit d'un référentiel dit "organisationnel".

L'évaluation porte sur les documents, actions, etc. mis en place pour organiser la transmission, la réception et l'enregistrement des prélèvements reçus par la structure d'ACP, à l'exception des prélèvements extemporanés réalisés au bloc opératoire (qui relèvent d'une organisation particulière).

Lire d'abord le guide avant de remplir la grille

- ❖ La qualité de l'organisation est analysée grâce à 16 critères.
- ❖ **Avant de répondre, se référer aux explications dans le guide.**
- ❖ **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. Il existe des procédures précisant les modalités de conditionnement*, les conditions et délais d'acheminement des **prélèvements de routine****.

Note : le conditionnement concerne la qualité du contenant (flacon, container, sac, etc.), l'étiquetage et le fixateur. Sont considérés comme prélèvements de routine**, les prélèvements habituellement reçus dans les structures ACP pour examen cytologique et les prélèvements tissulaires fixés.*

2 réponses possibles : OUI ou NON.

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

Répondre NON si ces procédures n'existent pas ou si elles sont incomplètes (pas de consignes sur les modalités de conditionnement ou de transport des prélèvements de routine). Si réponse NON, commentez.

Critère 2. Ces procédures (prélèvements de routine) ont été **transmises aux demandeurs***.

Note : les demandeurs sont les interlocuteurs habituels des structures d'ACP : médecins, établissements privés de santé (cliniques) ou services hospitaliers.*

2 réponses possibles : OUI ou NON.

Répondre OUI si ces procédures ont été transmises au moins une fois. Pour les structures privées, ce peut être lors de la signature du contrat liant les établissements privés de santé et les structures d'ACP.

Répondre NON si ces procédures n'ont jamais été transmises aux demandeurs. Si réponse NON, commentez.

Critère 3. Ces procédures (prélèvements de routine) ont fait l'objet d'une **concertation avec les demandeurs***.

Note : les demandeurs sont les interlocuteurs habituels des structures d'ACP : médecins, établissements privés de santé (cliniques) ou services hospitaliers.*

2 réponses possibles : OUI ou NON.

Répondre OUI s'il y a eu une concertation entre médecins ACP et demandeurs sur ce que sont les prélèvements de routine, les modalités de conditionnement et les conditions de transport de ces prélèvements.

Répondre NON si ces procédures ont été transmises aux demandeurs sans concertation, sans discussion. Si réponse NON, commentez.

Guide pour remplir la grille (2)

Critère 4. Le **signalement des prélèvements urgents*** a fait l'objet d'une concertation avec les demandeurs**.

Note : la notion d'urgence, en dehors des examens extemporanés où elle est implicite, doit être spécifiée lors de la demande d'examen. Elle est argumentée par le clinicien auprès du pathologiste. L'urgence ne doit pas mettre en péril la qualité technique. Le clinicien est informé, lors de la demande, du temps technique "incompressible". Les demandeurs** sont les interlocuteurs habituels des structures d'ACP : médecins, établissements privés de santé (cliniques) ou services hospitaliers.*

2 réponses possibles : OUI ou NON.

Répondre OUI s'il y a eu des échanges / une concertation entre médecins ACP et demandeurs sur ce que sont les prélèvements urgents.

Répondre NON s'il n'existe pas de consignes ou si elles ont été transmises aux demandeurs sans concertation, sans discussion. Si réponse NON, commentez.

Critère 5. Il existe des procédures précisant les modalités de conditionnement*, les conditions et délais d'acheminement des **prélèvements à risque infectieux****.

Note : le conditionnement concerne la qualité du contenant (flacon, container, sac, etc.), l'étiquetage et le fixateur. On entend par prélèvements à risque infectieux**, les prélèvements tissulaires non fixés ou les prélèvements cytologiques communiqués en tube (LBA, crachats induits, épanchement pleural, ascite). Ils peuvent être contaminés par des agents transmissibles conventionnels (ATC : BK, virus de l'hépatite C, VIH, etc.) ou des agents transmissibles non conventionnels (ATNC : prions dans le LCR).*

3 réponses possibles : OUI ou NON ou NA.

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

Répondre NON si ces procédures n'existent pas ou s'il n'existe pas de consignes pour le conditionnement et le transport des prélèvements à risque infectieux. Si réponse NON, commentez.

Répondre NA si aucun prélèvement à risque infectieux n'est reçu dans la structure. Si réponse NA, commentez.

Critère 6. Il existe un **emplacement réservé pour la réception** des demandes d'examen et des prélèvements.

2 réponses possibles : OUI ou NON.

Répondre OUI s'il existe un emplacement réservé pour la réception des prélèvements.

Répondre NON s'il n'y a pas d'emplacement réservé pour la réception des prélèvements. Si réponse NON, commentez.

Guide pour remplir la grille (3)

Critère 7. Les moyens de protection individuelle et la conduite à tenir en cas d'exposition accidentelle au formol ou au sang sont disponibles à la réception.

2 réponses possibles : OUI ou NON.

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

Répondre NON s'il n'existe pas de moyens de protection individuelle (blouse, gants, lunettes, etc.) disponibles à la réception ou si les consignes écrites pour conduite à tenir en cas d'exposition accidentelle au formol ou au sang ne sont pas disponibles. Si réponse NON, commentez.

Critère 8. Le personnel chargé de la réception dispose d'une procédure décrivant les actions* à accomplir lors de la réception des prélèvements.

Note : on entend par actions à accomplir, l'analyse de la feuille de demande et des prélèvements associés, l'identification des prélèvements, la numérotation.*

2 réponses possibles : OUI ou NON.

Répondre OUI s'il existe une procédure écrite décrivant les actions à accomplir lors de la réception d'un prélèvement.

Répondre NON s'il n'existe pas de procédure écrite décrivant les actions à accomplir. Si réponse NON, commentez.

Critère 9. Dans cette procédure, les actions sont déclinées en fonction des caractéristiques* du prélèvement.

Note : on entend par caractéristiques du prélèvement, les éléments permettant de repérer les prélèvements nécessitant des filières techniques différentes : prélèvement cytologique ou tissulaire (biopsie ou pièce opératoire, etc.), prélèvement urgent (définition cf. Critère 4), fixé ou non fixé, à risque infectieux (définition cf. Critère 5).*

2 réponses possibles : OUI ou NON.

Répondre OUI si les caractéristiques d'un prélèvement sont prises en compte dans la procédure décrivant les actions à accomplir lors de la réception d'un prélèvement.

Répondre NON s'il n'existe pas de procédure ou si dans la procédure les caractéristiques du prélèvement ne sont pas prises en compte. Si réponse NON, commentez.

Guide pour remplir la grille (4)

Critère 10. Le personnel chargé de la réception dispose d'une procédure concernant la **gestion des prélèvements non conformes***.

Note : on entend par prélèvement non conforme, un prélèvement non ou mal identifié, un prélèvement mis dans un fixateur inapproprié, une discordance entre l'identification du prélèvement et celle de la feuille de demande, une discordance entre la description du prélèvement sur la feuille de demande (nombre, type, etc.) et le ou les prélèvements reçus.*

2 réponses possibles : OUI ou NON.

Répondre OUI s'il existe une procédure écrite concernant la gestion des prélèvements non conformes, disponible à la réception.

Répondre NON si cette procédure écrite n'est pas disponible à la réception. Si réponse NON, commentez.

Critère 11. Les causes de non-conformité sont analysées et discutées avec les demandeurs* impliqués.

Note : les demandeurs sont les interlocuteurs habituels des structures d'ACP : médecins, établissements privés de santé (cliniques) ou services hospitaliers.*

2 réponses possibles : OUI ou NON.

Répondre OUI s'il existe une analyse au sein de la structure ACP et une discussion / transmission avec les demandeurs impliqués des causes de non-conformité.

Répondre NON s'il n'y a pas d'analyse ou s'il n'y a pas de discussion / transmission des causes de non-conformité. Si réponse NON, commentez.

Critère 12. La procédure d'enregistrement précise les **règles de numérotation*** applicables dans la structure ACP, à la demande d'examen et aux prélèvements associés, reçus pour un même patient.

Note : le numéro d'enregistrement émis par la structure d'ACP pour chaque demande d'examen sert de référence pour les étapes techniques. Une procédure écrite doit préciser les règles de numérotation applicables si un ou plusieurs prélèvements sont associés à une seule demande d'examen pour un même patient (cytologie + biopsies, etc.).*

2 réponses possibles : OUI ou NON.

Répondre OUI s'il existe une procédure écrite précisant les règles de numérotation des prélèvements reçus, selon qu'il existe un ou plusieurs prélèvements, chez un même patient, accompagnés d'une seule demande d'examen.

Répondre NON s'il n'y a pas de règle écrite pour numéroter les demandes d'examen et les prélèvements associés. Si réponse NON, commentez.

Guide pour remplir la grille (5)

Critère 13. La procédure d'enregistrement précise les **règles d'identification* des patients pour éviter les homonymies.**

Note : la procédure d'enregistrement doit fixer des règles d'identification des patients pour chaque demande à enregistrer et les consignes pour traiter les homonymies. On considère que l'identification est complète dès lors que figurent les informations suivantes : nom + prénom+ date de naissance.*

2 réponses possibles : OUI ou NON.

Répondre OUI si les règles d'identification des patients sont écrites.

Répondre NON si cette procédure n'existe pas ou s'il n'existe pas de règles d'identification des patients. Si réponse NON, commentez.

Critère 14. Le système d'enregistrement oblige à saisir le **nom et les coordonnées* du demandeur**** pour chaque demande d'examen à enregistrer.

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.

Répondre OUI si le système d'enregistrement alerte lorsqu'il manque une des informations concernant le nom ou les coordonnées du demandeur.

Répondre NON si le système d'enregistrement n'alerte pas lorsqu'il manque une des informations concernant le nom ou les coordonnées du demandeur. Si réponse NON, commentez.

Critère 15. Le système d'enregistrement oblige à saisir **la date de réception de la demande d'examen** par la structure d'ACP pour chaque demande à enregistrer.

2 réponses possibles : OUI ou NON.

Répondre OUI si le manque de cette information bloque l'enregistrement.

Répondre NON si le manque de cette information ne bloque pas l'enregistrement.

Si réponse NON, commentez.

Critère 16. Le système d'enregistrement permet de produire une **liste de toutes les demandes d'examen** enregistrées chaque jour.

2 réponses possibles : OUI ou NON.

Répondre OUI si le système permet de produire un état journalier des demandes d'examen enregistrées.

Répondre NON si le système ne permet pas de produire un état journalier des demandes d'examen enregistrées. Si réponse NON, commentez.

Grille d'auto-évaluation (1)

Transmission					
	CRITERES	OUI	NON	NA	COMMENTAIRE SI NA OU NON
1	Il existe des procédures précisant les modalités de conditionnement*, les conditions et délais d'acheminement des prélèvements de routine** .				
2	Ces procédures (prélèvements de routine) ont été transmises aux demandeurs* .				
3	Ces procédures (prélèvements de routine) ont fait l'objet d'une concertation avec les demandeurs* .				
4	Le signalement des prélèvements urgents* a fait l'objet d'une concertation avec les demandeurs**.				
5	Il existe des procédures précisant les modalités de conditionnement*, les conditions et délais d'acheminement des prélèvements à risque infectieux** .				

* Les astérisques renvoient à des explications données dans le " Guide pour remplir la grille"

Grille d'auto-évaluation (2)

Réception					
	CRITERES	OUI	NON	NA	COMMENTAIRE SI NA OU NON
6	Il existe un emplacement réservé pour la réception des demandes d'examen et des prélèvements.				
7	Les moyens de protection individuelle et la conduite à tenir en cas d'exposition accidentelle au formol ou au sang sont disponibles à la réception.				
8	Le personnel chargé de la réception dispose d'une procédure décrivant les actions* à accomplir lors de la réception des prélèvements.				
9	Dans cette procédure, les actions sont déclinées en fonction des caractéristiques* du prélèvement .				
10	Le personnel chargé de la réception dispose d'une procédure concernant la gestion des prélèvements non conformes* .				
11	Les causes de non-conformité sont analysées et discutées avec les demandeurs* impliqués.				

Grille d'auto-évaluation (3)

Enregistrement					
	CRITERES	OUI	NON	NA	COMMENTAIRE SI NA OU NON
12	La procédure d'enregistrement précise les règles de numérotation* applicables dans la structure ACP, à la demande d'examen et aux prélèvements associés, reçus pour un même patient.				
13	La procédure d'enregistrement précise les règles d'identification* des patients pour éviter les homonymies.				
14	Le système d'enregistrement oblige à saisir le nom et les coordonnées* du médecin demandeur** pour chaque demande d'examen à enregistrer.				
15	Le système d'enregistrement oblige à saisir la date de réception de la demande d'examen par la structure d'ACP pour chaque demande à enregistrer.				
16	Le système d'enregistrement permet de produire une liste de toutes les demandes d'examen enregistrées chaque jour.				

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 l'acheminement, le conditionnement et l'identification des prélèvements adressés à une structure d'ACP			
	OUI	NON	NA
Critère 1			
Critère 2			
Critère 3			
Critère 4			
	(Total des OUI)	(Total des NON)	

Améliorer la sécurité des personnels à la réception des prélèvements			
	OUI	NON	NA
Critère 5			
Critère 6			
Critère 7			
	(Total des OUI)	(Total des NON)	(Total des NA)

Analyser les résultats (2)

Améliorer le suivi de la prise en charge d'un prélèvement dans une structure d'ACP			
	OUI	NON	NA
Critère 8			
Critère 9			
Critère 10			
Critère 11			
Critère 12			
Critère 13			
Critère 14			
Critère 15			
Critère 16			
	(Total des OUI)	(Total des NON)	

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. AILLET, 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 Chercheurs en 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, publiés 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).