

EQUAM Standards

Cabinet de médecine de premier recours - Qualité certifiée

Cabinet de pédiatrie - Qualité certifiée

EQUAM Standards v 1.6 du 05.07.2022 - Consultez les explications à l'arrière

Critères

minimum Code Indicateur

1 Infrastructure

1.1 Disponibilité, accessibilité et locaux

Le cabinet dispose d'un site internet ou d'un/e flyer/brochure contenant toutes les informations

1.1.1 nécessaires

- 1.1.1.01 Un numéro de téléphone est-il indiqué sur le site internet/ le flyer/ la brochure du cabinet?
- 1.1.1.02 Les horaires de disponibilité par téléphone sont-ils indiqués sur le site Internet / le flyer / la brochure du cabinet?
- 1.1.1.03 Le site internet offre-t-il la possibilité de prendre contact avec le cabinet par e-mail et/ou formulaire ?
- 1.1.1.04 Les horaires d'ouverture du cabinet sont-ils indiqués sur le site Internet / le flyer / la brochure du cabinet?
- 1.1.1.05 L'adresse du cabinet est-elle indiquée sur le site Internet / le flyer / la brochure du cabinet?
- 1.1.1.06 Un plan d'accès au cabinet est-il disponible sur le site Internet / le flyer / la brochure du cabinet?
- 1.1.1.07 L'accès en voiture est-il expliqué sur le site Internet / le flyer / la brochure du cabinet?
- 1.1.1.08 L'accès en transports publics est-il expliqué sur le site Internet / le flyer / la brochure du cabinet?

L'annonce sur le répondeur est compréhensible et informe sur les soins en dehors des heures de

1.1.2 consultation.

- 1.1.2.01 Le message sur le répondeur téléphonique est-il clair?
- 1.1.2.02 Le message sur le répondeur téléphonique est-il formulé en allemand, français et/ou italien?
- 1.1.2.03 Le message sur le répondeur téléphonique précise-t-il les possibilités de soins en dehors des heures de consultation?

1.1.3 Le cabinet possède des toilettes séparées pour les patients et le personnel

- 1.1.3.01 Y a-t-il des toilettes séparées réservées au personnel?

Les collaborateurs ont la possibilité de se retirer sans être dérangés pour discuter, faire une pause,

1.1.4 etc.?

- 1.1.4.01 Les collaborateurs ont-ils la possibilité de se retirer sans être dérangés pour discuter, faire une pause, etc.?

Le cabinet prend des mesures pour que les patients et le personnel puissent quitter les locaux le plus

1.1.5 rapidement possible en cas de besoin.

- 1.1.5.01 Le cabinet est-il équipé d'un plan d'évacuation?
- 1.1.5.02 Les issues de secours du cabinet sont-elles dégagées?

1.2 Equipement, équipement de secours et médicaments

Le cabinet assure la maintenance de l'équipement au moyen d'une procédure et l'entretien

1.2.1 régulièrement.

- 1.2.1.01 Une procédure appropriée assure-t-elle la maintenance des tensiomètres?
- 1.2.1.02 La maintenance des tensiomètres est-elle à jour?
- 1.2.1.03 Une procédure appropriée assure-t-elle la maintenance des appareils de laboratoire?
- 1.2.1.04 La maintenance des appareils de laboratoire est-elle à jour?
- 1.2.1.05 Une procédure appropriée assure-t-elle la maintenance des appareils de radiologie?
- 1.2.1.06 La maintenance de l'installation de radiologie est-elle à jour?
- 1.2.1.07 Une procédure appropriée assure-t-elle la maintenance des défibrillateurs?
- 1.2.1.08 La maintenance des défibrillateurs est-elle à jour?
- 1.2.1.09 Une procédure appropriée assure-t-elle la maintenance du stérilisateur?
- 1.2.1.10 La maintenance du stérilisateur est-elle à jour?
- 1.2.1.11 Une procédure appropriée couvre-t-elle la maintenance des extincteurs?
- 1.2.1.12 La maintenance de l'extincteur est-elle à jour?
- 1.2.1.13 Le cabinet procède à des contrôles internes en laboratoire, conformément aux directives QUALAB
- 1.2.1.14 Le cabinet procède à des contrôles externes en laboratoire, conformément aux directives QUALAB

1.2.2 Le cabinet médical stocke les médicaments de manière appropriée

- 1.2.2.01 Le réfrigérateur est-il équipé d'un thermomètre min./max.?
- 1.2.2.02 La température est-elle régulièrement contrôlée et documentée?
- 1.2.2.03 La température se situe-t-elle entre 2 et 8 degrés Celsius?
- 1.2.2.04 Les écarts de températures peuvent-ils être identifiés immédiatement?

1.2.3 Le cabinet médical conserve les médicaments en lieu sûr, hors de portée des enfants et des patients.

- 1.2.3.01 Le cabinet prend-il toutes les précautions possibles pour conserver les médicaments à l'abri des enfants et des patients?

Le cabinet stocke les médicaments soumis à la loi sur les stupéfiants dans une armoire fermée à clé et

1.2.4 inamovible.

- 1.2.4.01 L'armoire à narcotiques ferme-t-elle à clé ?
- 1.2.4.02 L'armoire à narcotiques est-elle inamovible ?

1.2.5 Le cabinet a un inventaire du kit d'urgence

- 1.2.5.01 Le cabinet tient-il un inventaire du kit d'urgence?

Le kit d'urgence contient tous les médicaments nécessaires. Ceux-ci n'ont pas dépassé la date de**1.2.6 péremption.**

- 1.2.6.01 Le kit d'urgence contient-il de l'adrénaline n'ayant pas dépassé la date de péremption?
- 1.2.6.02 Le kit d'urgence contient-il de l'atropine n'ayant pas dépassé la date de péremption?
- 1.2.6.03 Le kit d'urgence contient-il un corticostéroïde injectable, n'ayant pas dépassé la date de péremption?
- 1.2.6.04 Le kit d'urgence contient-il des tranquillisants n'ayant pas dépassé la date de péremption?
- 1.2.6.05 Le kit d'urgence contient-il du glucagon ou du glucose n'ayant pas dépassé la date de péremption?
- 1.2.6.06 Le kit d'urgence contient-il du nitrate n'ayant pas dépassé la date de péremption?
- 1.2.6.07 Le kit d'urgence contient-il un bêtamimétique n'ayant pas dépassé la date de péremption?
- 1.2.6.08 Le kit d'urgence contient-il de la morphine n'ayant pas dépassé la date de péremption?
- 1.2.6.09 Le kit d'urgence contient-il un antihistaminique injectable n'ayant pas dépassé la date de péremption?
- 1.2.6.10 Le kit d'urgence contient-il un diurétique n'ayant pas dépassé la date de péremption?
- 1.2.6.11 Le kit d'urgence contient-il de l'acide acétylsalicylique n'ayant pas dépassé la date de péremption?
- 1.2.6.12 Le kit d'urgence contient-il de la nifédipine n'ayant pas dépassé la date de péremption?
- 1.2.6.13 Le kit d'urgence contient-il des insufflateurs comme suit ? Ballon de réanimation petit (enfant, 500 ml) et grand (adulte, 1500 ml), avec réservoir d'oxygène et tuyau d'oxygène ?
- 1.2.6.14 Le kit d'urgence contient-il une bouteille d'oxygène avec manodétendeur et un débitmètre ?
- 1.2.6.15 Le kit d'urgence contient-il des tableaux de dosage et une règle d'urgence ?
- 1.2.6.16 Le kit d'urgence contient-il une solution de perfusion (500 ml ou 1000 ml) ?

1.2.7 Le cabinet dispose de son propre défibrillateur

- 1.2.7.01 Le cabinet dispose-t-il de son propre défibrillateur?

2 Patients**2.4 Gestion et protection des données des patients****2.4.1 Le cabinet a un concept écrit concernant la protection des données**

- 2.4.1.01 Le concept de protection des données désigne-t-il un responsable?
- 2.4.1.02 Le concept de protection des données décrit-il les tâches des responsables?
- 2.4.1.03 Le concept indique-t-il comment il est garanti qu'aucune donnée de patient n'est visible par des tiers?
- 2.4.1.04 Le concept de protection des données décrit-il comment préserver au mieux la discrétion à l'accueil du
- 2.4.1.05 Le concept de protection des données décrit-il comment les patients peuvent consulter et réclamer
- 2.4.1.06 Le concept de protection des données décrit-il l'archivage des données?
- 2.4.1.07 Le concept de protection des données décrit-il la destruction des données?
- 2.4.1.08 Le concept de protection des données décrit-il comment les patients sont informés de l'utilisation des données à des fins d'amélioration de la qualité?
- 2.4.1.09 Le concept de protection des données décrit-il comment sera garanti le non-usage des données des patients n'ayant pas fourni leur consentement pour que leurs données soient utilisées à des fins scientifiques ou pour améliorer la qualité?
- 2.4.1.10 Le concept de protection des données décrit-il comment la traçabilité des entrées dans le dossier médical du patient est garantie à tout moment?
- 2.4.1.11 Le concept de protection des données décrit-il la façon dont la transmission de données à des personnes non autorisées (ex.: famille, employeur etc.) est évitée?
- 2.4.1.12 Le concept de protection des données décrit-il les canaux permettant de communiquer les informations des patients?
- 2.4.1.13 Le concept de protection des données précise-t-il la documentation des réponses sortant du cabinet aux demandes des autres fournisseurs de prestations, les caisses-maladie, etc.?

- 2.4.1.14 Le concept de protection des données documente-t-il la responsabilité pour la sécurité des données (sauvegardes) et son contrôle (tri des sauvegardes)?
- 2.4.1.15 Le concept de protection des données documente-t-il qui est la personne responsable de la protection des ordinateurs du cabinet contre les virus?

2.4.2 Dans le cabinet, aucune donnée du patient n'est visible par des tiers.

- 2.4.2.01 AUCUNE donnée de patient n'est accessible dans les locaux où se déroulent les analyses ni dans les autres locaux accessibles aux patients?

Le cabinet garantit que les conversations et les appels téléphoniques à la réception ne peuvent, dans

2.4.3 la mesure du possible, pas être écoutés.

- 2.4.3.01 Le cabinet s'assure-t-il que les conversations et les appels téléphoniques à la réception ne peuvent, dans la mesure du possible, pas être écoutés?

2.4.4 Les patients peuvent consulter et récupérer leurs données

- 2.4.4.01 Les patients peuvent-ils consulter et récupérer leurs données?

Le cabinet s'assure qu'il est possible de savoir à tout moment qui a effectué quels examens de

2.4.5 laboratoire.

- 2.4.5.01 Le cabinet garantit-il qu'il est à tout moment possible de savoir qui a effectué quelles analyses en laboratoire?

La procédure d'identification des patients à la réception respecte la protection des données et la

2.4.6 discrétion

- 2.4.6.01 La procédure d'identification des patients à l'accueil respecte-t-elle la protection des données et la discrétion?

Le cabinet garantit qu'il est possible de savoir, à tout moment, qui a effectué quelles entrées dans le

2.4.7 dossier médical

- 2.4.7.01 Le cabinet garantit-il qu'il est possible de savoir, à tout moment, qui a effectué quelles entrées dans le dossier médical?

2.5 Gestion des patients

2.5.1 Il existe une procédure pour informer les patients sur le cabinet

- 2.5.1.01 Le cabinet informe-t-il les patients sur son offre médicale?
- 2.5.1.02 Le cabinet informe-t-il les patients de l'attitude à adopter en cas d'urgence?
- 2.5.1.03 Le cabinet informe-t-il les patients de l'interlocuteur vers lequel ils peuvent se tourner pour répondre à leurs questions concernant le fonctionnement du système de santé / leur modèle d'assurance?

Le cabinet dispose d'une réglementation sur la manière de procéder lors du traitement de patients

2.5.10 allophones.

- 2.5.10.0 Le cabinet a-t-il une réglementation claire sur la manière de procéder lors du traitement de patients
1 allophones ?

Le cabinet fixe des rendez-vous de manière à prévoir suffisamment de temps pour les patients ayant

2.5.2 des demandes différentes.

- 2.5.2.01 Le cabinet a-t-il classé les demandes ou les patients pour orienter l'attribution des rendez-vous?

- 2.5.2.02 Le cabinet attribue-t-il des rendez-vous plus ou moins longs suivant le type de demande ou de patient?

Pour le triage téléphonique, le cabinet a défini des critères pour lesquels un patient doit être

2.5.3 convoqué immédiatement ou signalé aux urgences.

- 2.5.3.01 Le cabinet a-t-il défini des critères pour le triage téléphonique, selon lesquels un client doit être immédiatement reçu ou signalé aux urgences?

Les assistantes médicales ont une personne de contact pour les questions relatives au triage**2.5.4 téléphonique**

- 2.5.4.01 Les assistantes médicales ont-elles un interlocuteur pour répondre aux questions concernant le triage téléphonique?
- 2.5.4.02 La question de la disponibilité de cet interlocuteur a-t-elle été réglée?

Les patients que le personnel ne connaît pas personnellement sont clairement identifiés à la**2.5.5 réception.**

- 2.5.5.01 Les patients que le personnel ne connaît pas sont-ils identifiés clairement à l'accueil?
- 2.5.5.02 Les indications sont-elles vérifiées avec le dossier médical ou l'agenda?

2.5.6 Le cabinet est sensible à la dignité des patients lorsque des examens physiques sont pratiqués.

- 2.5.6.01 L'équipe a-t-elle défini une attitude concernant le respect de la dignité des patients en cas d'examen physique?

2.5.7 Le cabinet a des règles pour la communication des résultats d'examens aux patients

- 2.5.7.01 Existe-t-il des règles régissant quels membres du personnel transmettent quels types de résultats?
- 2.5.7.02 Existe-t-il des règles indiquant des mesures spécifiques de communication en fonction des résultats à

Le cabinet a des critères qui déterminent quand la faisabilité d'un examen ou d'un traitement doit**2.5.8 être remise en question.**

- 2.5.8.01 Le cabinet a-t-il déterminé jusqu'à quel âge ou pour quelles indications les enfants devaient être orientés vers un pédiatre?
- 2.5.8.01 Le cabinet a-t-il déterminé dès quel âge ou pour quelles indications les enfants devaient être orientés p vers un pédiatre?
- 2.5.8.02 Le cabinet a-t-il une réglementation qui clarifie les cas dans lesquels les amis ou les membres de la famille ne sont pas chargés des services de traduction ?
- 2.5.8.03 Le cabinet a-t-il une réglementation qui clarifie quand l'accompagnement d'un patient par un parent doit être remis en question de manière critique ?

2.5.9 Les membres de l'équipe savent qui, parmi eux, peut traduire quelles langues

- 2.5.9.01 Les membres de l'équipe savent-ils qui, parmi eux, peut traduire quelle langue?

2.6 Prévention et promotion de la santé**Le cabinet a mis en place une procédure pour informer les patients sur les examens de dépistage et****2.6.1 de prévention.**

Le cabinet a-t-il déterminé quels patients devaient être sollicités, quand et pour quels examens

- 2.6.1.01 préventifs?

Tous les dossiers médicaux contiennent des indications sur les allergies, les effets secondaires et les**2.6.2 contre-indications.**

- 2.6.2.01 Le dossier médical contient-il les indications sur les allergies, les intolérances médicamenteuses ou les contre-indications?

Chaque patient est interrogé sur son activité physique et son alimentation, les adolescents et les**2.6.3 adultes sont en outre interrogés sur leur consommation d'alcool et de tabac.**

- 2.6.3.01 Le dossier médical contient-il des informations sur l'activité physique ?
- 2.6.3.02 Le dossier médical contient-il des indications sur l'alimentation?
- 2.6.3.03 Le dossier médical contient-il des indications sur la consommation d'alcool?
- 2.6.3.04 Le dossier médical contient-il des indications sur la consommation de nicotine?

2.7 Continuité

Le cabinet / le médecin dispose d'une procédure pour l'anamnèse des nouveaux patients, ceux qui

2.7.1 consultent régulièrement le cabinet et/ou qui sont en traitement permanent.

2.7.1.01 Une convention a-t-elle été passée sur les procédures d'anamnèse à faire passer de façon standard ou à certains patients?

2.7.2 Le cabinet favorise la continuité du traitement avec un professionnel de la santé du cabinet.

2.7.2.01 Un professionnel de la médecine est-il attribué comme personne référente aux nouveaux patients?

2.7.2.02 Les patients sont-ils informés de l'importance de la continuité du traitement?

Le cabinet / le médecin élabore avec les patients atteints de maladies chroniques des stratégies et des plans qui aident les patients à gérer au mieux leur maladie au quotidien et dans les situations

2.7.3 difficiles.

2.7.3.01 Le personnel médical du cabinet élabore-t-il avec les patients atteints d'une maladie chronique des stratégies et des plans qui les aident à gérer au mieux leur maladie au quotidien et dans les situations difficiles?

2.7.3.01 Le personnel médical du cabinet élabore-t-il avec les patients atteints d'une maladie chronique des p stratégies et des plans qui les aident à gérer au mieux leur maladie au quotidien et dans les situations difficiles?

2.7.4 Le cabinet a mis en place une procédure de rappel pour les patients atteints de maladies chroniques.

2.7.4.01 Le cabinet a-t-il fixé une procédure de rappel pour les patients atteints d'une maladie chronique?

2.7.4.01 Le cabinet a-t-il fixé une procédure de rappel pour les patients atteints d'une maladie chronique?

p

2.7.5 Le cabinet a mis en place une procédure de gestion des médicaments permanents.

2.7.5.01 La procédure garantit-elle le visa de la délivrance de médicaments sur ordonnance par le médecin ?

2.7.5.02 La procédure garantit-elle un contrôle au moins annuel de l'indication par le médecin?

2.7.6 Le cabinet dispose d'un modèle de plan de médication et régleme sa publication.

- 2.7.6.01 Le cabinet dispose-t-il d'un modèle de plan de médicaments?
- 2.7.6.02 Existe-t-il des critères qui définissent à quels patients un plan de médicaments doit être remis?

Tous les dossiers médicaux contiennent une liste de diagnostics ou de problèmes. Les résultats

2.7.7 externes pertinents y sont également mentionnés.

2.7.7.01 Le dossier médical contient-il une liste de diagnostics ou de problèmes?

2.7.7.02 Des résultats externes importants y sont-ils aussi notifiés?

2.7.8 La pratique encourage l'autogestion des patients

2.7.8.01 Le médecin ou l'équipe appliquent-ils des mesures d'autogestion des patients?

2.7.8.02 Le médecin ou l'équipe s'assurent-t-ils que les mesures prises correspondent aux données scientifiques et aux pratiques d'excellence (best practice) en cours?

2.8 Sondage auprès des patients

Une enquête valide auprès des patients a été réalisée au cours des 24 derniers mois et l'évaluation

2.8.1 est à la disposition du cabinet.

- 2.8.1.01 Une enquête valide auprès des patients a-t-elle été réalisée au cours des 24 derniers mois et l'évaluation est-elle à la disposition du cabinet ?

Des mesures d'amélioration concrètes ont été déduites de l'enquête auprès des patients et sont**2.8.2 documentées.**

2.8.2.01 Des mesures d'amélioration concrètes ont-elles été déduites de l'enquête auprès des patients et documentées ?

2.8.3 L'efficacité des mesures d'amélioration de l'expérience des patients a été vérifiée.

2.8.3.01 L'efficacité des mesures d'amélioration de l'expérience du patient a-t-elle été vérifiée ?

3 Equipe**3.2 Gestion du personnel****3.2.1 L'authenticité des diplômes et des certificats est vérifiée lors des recrutements.**

3.2.1.01 En cas de recrutement, l'authenticité des diplômes et certificats est-elle vérifiée?

3.2.2 Tous les collaborateurs ont un descriptif de poste

3.2.2.01 Les collaborateurs ont-ils un descriptif de poste?

3.2.3 Un entretien avec le personnel est organisé une fois par an.

3.2.3.01 Avez-vous mené des entretiens avec le personnel ces 12 derniers mois?

3.2.3.02 Avez-vous abordé la question de la formation continue?

3.2.3.03 L'entretien fait-il l'objet d'un rapport écrit?

3.2.4 Le cabinet favorise les échanges non hiérarchiques et informels au sein de l'équipe

3.2.4.01 Le cabinet encourage-t-il les échanges libres et non hiérarchisés au sein de l'équipe?

3.2.5 Il existe une procédure pour former les nouvelles assistantes médicales à leur domaine d'activité.

3.2.5.01 Existe-t-il une procédure d'initiation des nouvelles assistantes médicales à leurs domaines d'activités?

3.2.6 Il existe une procédure d'intégration des nouveaux médecins dans leur domaine de travail.

3.2.6.01 Existe-t-il une procédure d'initiation des nouveaux médecins à leurs domaines d'activités?

3.2.7 Il existe, si nécessaire, une procédure de formation supplémentaire du personnel médical.

3.2.7.01 Existe-t-il une procédure d'initiation pour le reste du personnel médical?

3.2.8 Il existe, si nécessaire, une procédure de formation des remplaçants.

3.2.8.01 Existe-t-il une procédure d'initiation pour le personnel de remplacement?

3.3 Formation professionnelle et continue**3.3.1 Le cabinet s'engage dans la formation et/ou l'apprentissage**

3.3.1.01 Le cabinet forme-t-il des professionnels ou organise-t-il des formations postgraduées ou des cours?

3.3.2 Le personnel médical du cabinet participe à des cercles de qualité animés par des professionnels.

3.3.2.01 Vos assistantes médicales participent-elles à des cercles de qualité animés par des professionnels?

3.3.2.02 Les médecins du cabinet participent-ils à un cercle de qualité reconnu?

3.4 Echanges professionnels

3.4.1 L'équipe discute du traitement de certains patients dans des situations particulièrement complexes.

3.4.1.01 L'équipe discute-t-elle du traitement de certains patients qui se trouvent dans des situations particulièrement complexes?

L'équipe discute de la gestion des groupes de patients présentant des caractéristiques ou des risques

3.4.2 spécifiques.

3.4.2.01 L'équipe discute-t-elle de la gestion des groupes de patients présentant des caractéristiques ou des

3.4.3 Toute l'équipe du cabinet organise régulièrement des réunions d'équipe structurées.

- 3.4.3.01 Lors des réunions d'équipe, un ordre du jour est-il établi à l'avance?
- 3.4.3.02 Un procès-verbal des réunions est-il rédigé?
- 3.4.3.03 Les réunions ont-elles lieu régulièrement?

3.5 Sondage auprès des collaborateurs sur la culture de la sécurité

Un sondage auprès des collaborateurs sur la culture de la sécurité a été réalisé au cours des 24

3.5.1 derniers mois et l'évaluation est à la disposition du cabinet.

3.5.1.01 Un sondage auprès des collaborateurs sur la culture de sécurité, ainsi qu'une évaluation, ont-t-ils été réalisés au cours des 24 derniers mois ?

Des mesures d'amélioration concrètes ont été déduites du sondage sur la culture de la sécurité et

3.5.2 sont documentées.

3.5.2.01 Des mesures d'amélioration concrètes ont-elles été déduites du sondage sur la culture de sécurité et documentées ?

3.5.3 L'efficacité des mesures d'amélioration de la culture de sécurité a été vérifiée.

3.5.3.01 L'efficacité des mesures d'amélioration de la culture de sécurité a-t-elle été vérifiée ?

4 Coordination avec des mandataires externes

4.1 Délégations et mandats

4.1.1 Le cabinet dispose d'un répertoire de vos "Preferred Provider"

- 4.1.1.01 Le répertoire a-t-il été créé ou adapté par le cabinet ?
- 4.1.1.02 Le répertoire est-il régulièrement contrôlé par le cabinet?
- 4.1.1.03 Le répertoire contient-il, outre d'autres prestataires de soins médicaux, d'autres contacts importants pour les soins, par exemple des services sociaux, des groupes d'entraide ou autres ?

Les informations nécessaires à la poursuite du traitement sont transmises à temps, de manière

4.1.2 complète et lisible, aux co-soignants et aux médecins ultérieurs.

- 4.1.2.01 Tous les éléments d'un dossier médical peuvent-ils être envoyés sur-le-champ?
- 4.1.2.02 Les ordonnances et plans de médicaments sont-ils établis au format électronique?

4.1.3 Le cabinet favorise la structuration uniforme et les recommandations complètes d'examen

4.1.3.01 Le cabinet favorise-t-il une structuration uniforme et des recommandations complètes pour les

4.1.4 Le cabinet encourage les pratiques de délégation fondées sur des preuves et non défensives.

4.1.4.01 Le cabinet favorise-t-il des pratiques de délégations basées sur des données scientifiques et non sur une attitude défensive?

Il existe une procédure pour le cas où le patient souhaite changer de médecin à l'intérieur ou à

4.1.5 l'extérieur du cabinet ou pour le cas où le cabinet ne souhaite plus traiter un patient.

4.1.5.01 La procédure garantit-elle que le médecin qui transfère le patient transmette le dossier médical complet?

4.1.5.02 La procédure garantit-elle que le médecin précédent et celui qui prend la relève ne communiquent entre eux que si le patient est d'accord et que le patient est informé de tous les échanges entre eux?

4.2 Avis de co-soignants externes

4.2.1 Le cabinet suit les demandes d'examen

4.2.1.01 Le cabinet suit-il les demandes d'examens?

4.2.2 Le cabinet s'assure que les résultats d'examens reçus sont examinés à temps par un médecin.

4.2.2.01 Le cabinet a-t-il fixé des critères définissant l'urgence avec laquelle les résultats d'examens doivent être analysés?

- 4.2.2.02 Le repérage est-il assuré par un visa ou un marqueur électronique ?

- 4.2.2.03 Le cabinet a-t-il déterminé des remplaçants pour analyser les résultats?

4.2.3 Le cabinet documente les mesures prises (par ex. reconvoction) sur la base des résultats reçus.

4.2.3.01 Le cabinet documente-t-il quelles mesures (ex.: reconvoction) ont été prises sur la base des résultats reçus?

4.3 Echange avec les autres co-soignants

4.3.1 Le cabinet rencontre des prestataires de soins locaux et/ou des "Preferred Provider"

4.3.1.01 Les collaborateurs du cabinet rencontrent-ils des prestataires de soins locaux et/ou des "Preferred Provider" ?

4.3.2 Le cabinet documente les réponses aux demandes des co-soignants externes

4.3.2.01 Le cabinet documente-t-il les réponses aux demandes des co-soignants extérieurs?

5 Qualité et sécurité

5.1 Hygiène et sécurité au travail

5.1.1 Le cabinet dispose d'un concept d'hygiène et de sécurité au travail

5.1.1.01 Ce concept précise-t-il comment les surfaces, sols, installations sanitaires et surfaces d'analyse sont nettoyés?

5.1.1.02 Le concept précise-t-il comment l'hygiène des mains est assurée?

5.1.1.03 Le concept précise-t-il comment les instruments stériles sont conservés et utilisés?

5.1.1.04 Le concept précise-t-il comment les instruments tranchants sont éliminés?

5.1.1.05 Le concept précise-t-il comment il est procédé à la stérilisation, qu'elle ait lieu sur place ou à l'extérieur?

5.1.1.06 Le concept précise-t-il comment le cabinet s'assure que la vaccination contre l'hépatite B a été

5.1.1.07 Le concept précise-t-il la procédure en cas de blessure par piqûre d'aiguille?

5.1.2 Les dispositifs nécessaires à un nettoyage hygiénique des mains sont disponibles.

- 5.1.2.01 Y a-t-il des produits désinfectants dans toutes les salles de soins?

- 5.1.2.02 Toutes les toilettes sont-elles équipées d'installations hygiéniques pour se sécher les mains?

- 5.1.2.03 Y a-t-il des produits désinfectants dans toutes les toilettes?

5.1.3 Le cabinet élimine les déchets spéciaux de manière sûre et appropriée

- 5.1.3.01 Le cabinet est-il équipé de récipients adaptés pour le tri du matériel infectieux partout où cela est nécessaire?
- 5.1.3.02 Le cabinet est-il équipé de récipients adaptés pour le tri des objets tranchants, partout où ces derniers sont utilisés?
- 5.1.3.03 Le cabinet assure-t-il un tri des déchets spéciaux séparé de celui des ordures ménagères?

5.2 Gestion des incidents critiques

Le cabinet dispose d'une procédure permettant aux patients de faire part de leurs réactions et de

5.2.1 leurs critiques.

- 5.2.1.01 Le cabinet dispose-t-il d'une procédure qui permet aux patients de faire part de leurs réactions et de leurs critiques?

Le cabinet a mis en place une procédure pour traiter les plaintes des patients et des autres

5.2.2 prestataires de soins.

- 5.2.2.01 Le cabinet documente-t-il les plaintes des patients ou des autres fournisseurs de prestations?
- 5.2.2.02 Le cabinet discute-t-il des plaintes des patients et des autres fournisseurs de prestations?
- 5.2.2.03 Le cabinet prend-il des mesures suite aux discussions sur les plaintes?

5.2.3 Le cabinet dispose d'une procédure de gestion des incidents critiques.

- 5.2.3.01 Le cabinet documente-t-il les incidents critiques?
- 5.2.3.02 Le cabinet discute-t-il immédiatement des incidents critiques?
- 5.2.3.03 Le cabinet analyse-t-il les incidents critiques au niveau interprofessionnel?
- 5.2.3.04 Le cabinet prend-il des mesures suite aux discussions sur les incidents critiques?
- 5.2.3.05 Le cabinet a-t-il défini une procédure de communication avec les patients en cas d'incident critique?

5.2.4 Le cabinet signale aux patients l'existence du médecin médiateur EQUAM

- 5.2.4.01 Le cabinet informe-t-il les patients de l'existence du médecin médiateur d'EQUAM?

5.3 Gestion des urgences

5.3.1 Le cabinet a un concept d'urgence pour les urgences médicales

- 5.3.1.01 Le cabinet dispose-t-il d'un concept de gestion des urgences?
- **Au moins 80 % des collaborateurs du cabinet ont participé à une formation sur les urgences**
- **5.3.2 médicales aiguës au cours de l'année écoulée.**
- 5.3.2.01 Au moins 80% des collaborateurs du cabinet ont-ils participé au cours de 12 derniers mois à une formation sur les urgences médicales aiguës?

5.4 Développement et politique de la qualité

5.4.1 Le cabinet a un responsable qualité

- 5.4.1.01 Le cabinet dispose-t-il d'un responsable qualité?

Le cabinet a mis en place une procédure selon laquelle tous les collaborateurs sont informés des

5.4.2 nouveautés en matière de qualité et de sécurité.

- 5.4.2.01 Le cabinet dispose-t-il d'une procédure d'information pour tous les collaborateurs concernant les nouveautés des procédures de qualité et de sécurité?

Le cabinet prend des mesures qui contribuent à garantir la mise en œuvre des règles relatives à la

5.4.3 qualité et la sécurité au sein de l'équipe.

5.4.3.01 Le cabinet prend-il des mesures qui permettent de garantir la mise en œuvre des règles relatives à la qualité et la sécurité au sein de l'équipe?

Explications des Standards EQUAM

Code Explications

- 1.1.1.03 Cet indicateur évalue également la manière dont les patients sont traités lorsqu'ils échangent des informations médicales avec le cabinet par ce canal non protégé.
- 1.1.1.07 Un planificateur d'itinéraire (par ex. de Google Maps) répond à ce critère.
- 1.1.1.08 Un planificateur d'itinéraire (par ex. de Google Maps) répond à ce critère.
- 1.1.4.01 Les locaux sont-ils suffisamment grands, ordonnés, équipés de bonnes places assises et pour manger, sont-ils lumineux et est-il sûr que les patients ne peuvent pas y écouter les conversations ?
- 1.1.5 Les issues de secours du cabinet doivent être dégagées; Les grands cabinets ou ceux qui sont situés dans des bâtiments compliqués devraient avoir un plan d'évacuation affiché.
- 1.2 Une inspection du contrôle des produits thérapeutiques a-t-elle eu lieu dans le cabinet au cours des douze derniers mois ou une telle inspection est-elle annoncée pour les douze prochains mois ? Si oui, tous les critères dans cette catégorie ne seront pas contrôlés.
- 1.2.1 Les tensiomètres sont étalonnés tous les deux ans par un organisme compétent. Idéalement, le laboratoire est accrédité SAS ; L'entretien des appareils de laboratoire, des défibrillateurs (y compris le contrôle du fonctionnement) et des extincteurs selon les indications du fabricant est garanti ; Le contrôle de l'état de l'installation de radiologie est effectué selon les indications du fabricant et par un organisme agréé par l'Office fédéral de la santé publique. Le contrôle annuel de la constance par le personnel du cabinet ou le personnel de service est garanti ; Le cabinet effectue des contrôles de laboratoire internes et externes conformément aux directives de la QUALAB.
- L'auditeur/trice vérifie l'actualité de la maintenance des tensiomètres, des appareils de laboratoire, de l'installation radiologique, des défibrillateurs, des stérilisateurs et des extincteurs.
- 1.2.1.01 La procédure garantit un calibrage des tensiomètres tous les deux ans par un organisme compétent. Dans l'idéal, l'organisme est accrédité par le service d'accréditation Suisse SAS., mais ce n'est pas une obligation.
- 1.2.1.02 Actuel signifie, pour cet indicateur, un calibrage datant de moins de deux ans.
- 1.2.1.03 Les appareils de laboratoire, défibrillateurs et extincteurs sont généralement entretenus par le fabricant. Cela implique que le cabinet s'assure que la maintenance est prise en charge de façon fiable par cette entreprise. En outre, des maintenances internes doivent être organisées, par exemple des cycles de nettoyage des appareils d'hématologie. Cet indicateur n'est pas pertinent si le cabinet ne dispose pas de son propre laboratoire. INSTRUCTION AUDIT : NP si pas de laboratoire
- 1.2.1.04 Des preuves écrites de l'entretien suffisent
- 1.2.1.05 La procédure doit garantir que le contrôle de l'état des appareils est effectué par un organisme habilité par l'OFSP, à des intervalles généralement fixés par le fabricant. La procédure doit en outre garantir qu'une vérification annuelle des constantes est effectuée par le personnel de service du cabinet ou par un tiers. Les écrans de résultats doivent être contrôlés toutes les semaines. Cet indicateur n'est pas pertinent si le cabinet ne possède pas d'installation de radiologie. INSTRUCTION AUDIT : NP si pas
- 1.2.1.06 Cet indicateur est considéré comme rempli lorsque le registre de l'installation comporte un contrôle des constances datant de moins d'un an et un contrôle d'état datant de moins de six ans.

- 1.2.1.07 Le défibrillateur fait partie de l'équipement de base en cas d'urgence de tout cabinet de médecine générale (voir la fiche d'information correspondante de la Société suisse de médecine d'urgence et de sauvetage SSMUS sous http://www.sgnor.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/Downloads/DAK_Notfallausruestung_f.pdf). C'est pourquoi il n'est pas possible de cocher "NR". L'entretien des défibrillateurs selon les instructions du fabricant est une obligation légale. L'article 20, alinéa 2, lit. a de l'Ordonnance sur les dispositifs médicaux (ODim) stipule que les dispositifs médicaux, dont font partie les défibrillateurs en tant que dispositifs médicaux dits classiques, doivent être maintenus (entretenus) conformément aux instructions du fabricant. Lien vers l'ordonnance : <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19995459/index.html>
- 1.2.1.08 Des preuves écrites de l'entretien suffisent
- 1.2.1.09 La procédure doit garantir que le stérilisateur est entretenu conformément aux instructions du fabricant.
- 1.2.1.10 Des preuves écrites de l'entretien suffisent
- 1.2.1.11 L'extincteur fait partie de l'équipement de base du cabinet. C'est pourquoi il n'est pas possible de cocher "NP" ici. L'auditeur peut exceptionnellement considérer le critère comme rempli, si la maison dispose d'un système d'arrosage ou s'il y a constamment un extincteur utilisable dans la maison. Les extincteurs sont généralement entretenus par le fabricant. Cela implique que le cabinet s'assure que la maintenance est prise en charge de façon fiable par cette entreprise.
- 1.2.1.12 Des preuves écrites de l'entretien suffisent
- 1.2.1.13 Cet indicateur n'est pas pertinent si le cabinet ne dispose pas de son propre laboratoire. Les directives actuellement en vigueur concernant le contrôle de qualité interne de la QUALAB sont disponibles sous le lien : <http://www.qualab.swiss/fr/Directives-actuelles.htm>
- 1.2.1.14 Cet indicateur n'est pas pertinent si le cabinet ne dispose pas de son propre laboratoire. La directive actuellement en vigueur concernant le contrôle de qualité interne de la QUALAB est disponible sous le lien : <http://www.qualab.swiss/fr/Contr-le-de-qualite-externe-actuel.htm>
- 1.2.2 Cet indicateur n'est pas contrôlé si le cabinet a fait l'objet d'un contrôle cantonal des produits thérapeutiques au cours des douze derniers mois ou s'il en fera un au cours des douze prochains mois.
- 1.2.3 Cet indicateur n'est pas contrôlé si le cabinet a fait l'objet d'un contrôle cantonal des produits thérapeutiques au cours des douze derniers mois ou s'il en fera un au cours des douze prochains mois.
- 1.2.3.01 L'idéal est que la porte de la pharmacie ferme à clé. Les systèmes d'empreintes digitales ou les badges garantissent une sécurité élevée. Si ce type de solution n'est pas envisageable au niveau architectural, il convient de se demander si des mesures raisonnables pour le cabinet pourraient améliorer la sécurité de la conservation des médicaments.
- 1.2.5 Cet indicateur n'est pas contrôlé si le cabinet a fait l'objet d'un contrôle cantonal des produits thérapeutiques au cours des douze derniers mois ou s'il en fera un au cours des douze prochains mois.
- 1.2.6 Cet indicateur n'est pas contrôlé si le cabinet a eu un contrôle cantonal des produits thérapeutiques au cours des douze derniers mois ou en aura un au cours des douze prochains mois.
Il s'agit ici de la trousse d'urgence/du kit d'urgence qui est emporté lors des visites à domicile. Si le cabinet ne fait pas de visites à domicile, la médication d'urgence est contrôlée sur place. En ce qui concerne la forme galénique et les autres détails relatifs aux médicaments à contrôler, la liste correspondante de la Société suisse de médecine d'urgence et de sauvetage SSMUS du 10.7.2019 fait foi. Téléchargement sous : https://www.fmh.ch/files/pdf23/plrw_dak_notfallausrustung_deutsch.2019.pdf Pour les cabinets de pédiatrie, la médication dans la trousse d'urgence se base sur les recommandations de Staubli, G. (2012) : Que faut-il mettre dans la trousse d'urgence pédiatrique ? Téléchargement sous : <https://www.zora.uzh.ch/id/eprint/70944/1/StaubliG1,2012.pdf>
Un contrôle aléatoire d'une trousse d'urgence est effectué.

- 1.2.7.01 Pour les cabinets de pédiatrie, il ne s'agit pas d'un critère minimal et l'auditeur peut sélectionner "non pertinent".
- 1.2.6.01 Ex: Adrénaline IMS Minijet Braun, Adrénaline Amp En pédiatrie : ampoules.
- 1.2.6.02 Non pertinent en pédiatrie. Bien que l'atropine ne soit plus utilisée en réanimation depuis un certain temps, elle continue à être utilisée en cas de bradycardie et de réactions vaso-vagales graves.
- 1.2.6.03 Ex: Bétamétasone, Celestone, dexaméthasone, Depo-Medrol, prednisolut, Solu-Medrol. En pédiatrie : prednisone i.v.
- 1.2.6.04 Non pertinent pour la pédiatrie
Ex.: diazépam, Dormicum, lorazépam, midazolam, Stesolid, Temesta, Valium
- 1.2.6.05 Non pertinent pour la pédiatrie
- 1.2.6.06 Non pertinent pour la pédiatrie
Ex.: Corangin Nitro, Iso Mack, Isoket, nitroglycérine, Sorbidilat, nitroglycérine en aérosol
- 1.2.6.07 Ex. Berodual, Berotec, Bricanyl, Ecovent, Foradil, Oxis, Pulmicort, Symbicort, salbutamol, Ventolin, Ventodisk
En pédiatrie : Salbutamol en aérosol-doseur
- 1.2.6.08 Non pertinent pour la pédiatrie
Ex.: morphine, sulfate de morphine
- 1.2.6.09 Ex.: chlorphénamine, clémastine, prométhazin, Tavegyl Amp.
En pédiatrie : clemastine i.v. ampoules (Tavegyl)
- 1.2.6.10 Non pertinent pour la pédiatrie
Ex.: Flurosémide, Lasix, Torem, Oedemex
- 1.2.6.11 Non pertinent pour la pédiatrie
Ex.: aspirine, Aspégic
- 1.2.6.12 Non pertinent pour la pédiatrie
Ex.: nifépidine (p.ex. Adalat) ou amlopidine
- 1.2.6.13 Uniquement pour les cabinets de pédiatrie
- 1.2.6.14 Uniquement pour les cabinets de pédiatrie
- 1.2.6.15 Uniquement pour les cabinets de pédiatrie
- 1.2.6.16 Uniquement pour les cabinets de pédiatrie

2.4.1 Des indications importantes sur la protection des données dans les cabinets médicaux peuvent être trouvées ici : <https://www.edoeb.admin.ch/edoeb/de/home/datenschutz/gesundheit/erlaeuterungen-zum-datenschutz-in-der-arztpraxis.html>.

Pour que le critère minimal soit considéré comme rempli, il faut qu'au moins les indicateurs 2.4.1.01 à 2.4.1.05 soient jugés comme remplis.

- 2.4.1.05 D'après l'art. 8 de la loi sur la protection des données (LPD), toute personne a droit à une copie de ses données fournies par le détenteur de la banque de données (ici le cabinet). Mise à part ce qu'on appelle «les outils personnels» toutes les données doivent être remises. En cas de mise en danger de la personne elle-même par la remise des données, ces dernières peuvent être transmises par l'intermédiaire d'un médecin de confiance du patient.
- 2.4.1.06 En raison de la prolongation de l'obligation de prescription de 10 à 20 ans à partir du 1.1.2020, il est recommandé de fixer également la conservation à 20 ans. Motif : il est probable que les délais de conservation cantonaux soient adaptés. Il est en outre judicieux de conserver les documents aussi longtemps que l'on pourrait éventuellement être tenu de verser des dommages et intérêts. Il convient néanmoins de respecter le principe de proportionnalité en ne conservant que les documents dont on a réellement besoin. Ceci dans le sens de la "pertinence" des données. En d'autres termes, la conservation des données doit être proportionnelle à l'objectif poursuivi.

2.4.1.07 En ce qui concerne la destruction des données, il est important que le concept de protection des données contienne une directive claire sur le "quoi", le "quand" et le "comment". Il n'existe pas à notre connaissance de dispositions légales claires à ce sujet. Le principe est de ne conserver que les données dont on a réellement besoin, et pas plus longtemps que la loi ne le prescrit.

2.4.1.10 La date et l'auteur de la modification doivent être documentés.

2.4.3 L'auditeur(trice) veillera ici à déterminer s'il existe des mesures raisonnables susceptibles d'accroître la

2.4.4.01 Existe-t-il des procédures/instructions décrivant comment les patients peuvent obtenir le dossier complet en cas de besoin ? Les patients auraient-ils toutes les données en main, c'est-à-dire aussi bien les résultats des examens que l'évolution du dossier médical ?

2.4.5.01 La date et l'auteur d'un échantillon aléatoire permettent-elles de prouver la traçabilité ?

2.4.6.01 Cet indicateur est considéré comme rempli lorsque les autres patients n'ont, au minimum, pas connaissance de la demande d'un patient.

2.4.7.01 La date et l'auteur d'un échantillon aléatoire permettent-elles de prouver la traçabilité ?

2.5.1 Pour les grands cabinets, une procédure écrite est nécessaire.

Les patients qui semblent se lier au cabinet devraient être informés de l'offre médicale, du comportement à adopter en cas d'urgence et, si nécessaire, d'une personne de contact pour les questions relatives au système de santé. Le cabinet décide lui-même qui transmet l'information à quel patient et à quel moment.

2.5.1.01 Cet indicateur est considéré comme rempli si les assistantes médicales peuvent indiquer une personne responsable et les contenus qui sont communiqués aux patients.

2.5.1.02 Cet indicateur est considéré comme rempli lorsque les assistantes médicales peuvent dire qui informe et sur quoi. Le patient doit savoir qu'il doit par exemple d'abord appeler le cabinet et ne pas se rendre immédiatement aux urgences de l'hôpital.

2.5.1.03 Cet indicateur est considéré comme rempli si l'assistance médicale peut indiquer le nom d'une personne responsable.

2.5.10 Le cabinet a clarifié les cas dans lesquels les amis ou les membres de la famille ne sont pas chargés des services d'interprétation; les membres de l'équipe savent les uns des autres quelles langues ils peuvent traduire; le cabinet a des critères qui clarifient les cas dans lesquels il faut faire appel à des services d'interprétation professionnels.

Idéalement, tous les services d'interprétation devraient être fournis par des professionnels. Comme cela n'est souvent pas possible dans la pratique pour des raisons d'organisation et de coûts, il faut que le cabinet décide en connaissance de cause dans quels cas il souhaite recourir à des interprètes par téléphone ou présents sur place.

2.5.10.0 Dans l'idéal, tous les services d'interprétation devraient être fournis par des professionnels. Comme cela n'est souvent pas possible dans la pratique pour des raisons d'organisation et de coûts, il faut que le cabinet décide en connaissance de cause dans quels cas il souhaite recourir à des interprètes par téléphone ou présents. Il convient de tenir compte des trois points suivants: Le cabinet a-t-il un règlement qui précise dans quels cas les amis ou les membres de la famille ne sont pas chargés des services d'interprétation ? Les membres de l'équipe savent-ils les uns des autres quelles langues ils peuvent traduire ? Le cabinet a-t-il des critères pour décider dans quels cas il faut faire appel à des

2.5.2 Le cabinet devrait catégoriser les demandes ou les patients (p. ex. les rendez-vous d'urgence, les rendez-vous pour les patients chroniques, les patients présentant des limitations physiques ou psychiques). Dans les petits cabinets, il suffit d'apposer des repères sur les différents dossiers médicaux, dans les grands cabinets, il est nécessaire d'établir des directives écrites.

Le cabinet devrait attribuer des rendez-vous en fonction de ces catégories. Dans les petits cabinets, il

2.5.2.01 Ex.: rendez-vous en urgence, rendez-vous pour les patients atteints d'une maladie chronique, pour les patients souffrant de limitations physiques ou psychiques, pour les patients parlant une langue étrangère, etc. Pour les petits cabinets, une marque dans le dossier médical suffit à signaler qu'un patient particulier nécessite plus de temps. Pour les grands cabinets, une directive écrite est nécessaire.

- 2.5.2.02 Pour les petits cabinets, des créneaux horaires dédiés aux rendez-vous pour le jour même suffisent. Demander à voir l'agenda et vérifier si le premier rendez-vous de la semaine précédant l'audit a été attribué en fonction de la check-list/marquage sur le dossier médical.
- 2.5.3.01 Cet indicateur est considéré comme rempli lorsque les collaborateurs de la praxis peuvent citer des critères.
 - 2.5.5 Pour une identification claire, il faut au moins demander le nom, le prénom et la date de naissance. Ces informations doivent être vérifiées avec le dossier médical/agenda.
 - 2.5.6 L'équipe a défini une attitude adéquate avec laquelle la dignité des patients est préservée lors des examens physiques. Elle a discuté de la manière de garantir que, pour certains examens (par exemple les ergométries), les patients soient informés du déroulement, que leur consentement soit recueilli, que l'examen se déroule dans un cadre protégé, etc.
 - 2.5.7 Il est précisé qui peut communiquer quels résultats et pour quels examens/résultats (par exemple test VIH ou résultats de dépistage) des mesures particulières doivent être prises.
- 2.5.7.02 Quand les résultats délicats, comme le test VIH ou les résultats de dépistage doivent être communiqués, il peut être judicieux, par exemple, de décider de ne les communiquer qu'oralement, et pas par la poste, par exemple, même si un patient le souhaite.
- 2.5.8.01 Ex.: quand certains médecins ne traitent pas les nourrissons.
- 2.5.8.03 Ex.: radios pour les jeunes femmes, question de grossesse
- 2.6.1.01 C'est au cabinet de décider quels patients il informe et quand.
 - 2.6.2 La demande devrait également être documentée si aucune allergie, etc. n'est connue ; Tous les dossiers médicaux contiennent des informations sur l'activité physique et l'alimentation, et pour les adolescents et les adultes, également sur la consommation d'alcool et de nicotine ; La demande devrait également être documentée si aucune consommation problématique d'alcool ou de nicotine n'est constatée.
- 2.7.1 Les grands cabinets doivent présenter une check-list écrite ou un masque de saisie commun.
 - 2.7.1.01 Les grands cabinets doivent présenter une check-list écrite ou un masque de saisie commun.
 - 2.7.2 Les patients qui se rendent régulièrement dans le cabinet devraient être attribués à un interlocuteur principal et informés de l'importance d'une coopération continue avec cette personne.
 - 2.7.2.01 Ce point est surtout important dans les grands cabinets, mais il peut l'être aussi pour les petits si les assistantes médicales assument parfois ce rôle.
 - 2.7.3 Ex: plans d'action pour les asthmatiques, les patients atteints de BPCO, les patients souffrant d'insuffisance cardiaque, le risque d'hypoglycémie chez les diabétiques.
 - 2.7.3.01 Ex.: plans d'action pour les asthmatiques, les patients souffrant d'une BPCO ou d'insuffisance cardiaque, les patients diabétiques en danger d'hypoglycémie. Oui si les stratégies et les plans sont élaborés à l'aide d'une procédure ou d'un modèle définis, le Chronic Care Model par exemple. Les questions et les points devant être systématiquement éclaircis avec les patients doivent être bien définis
 - 2.7.3.01 Ex: dermatite atopique, plan de traitement de l'asthme, consommation de télévision, consommation de p suceries, club de sport.
 - 2.7.5 La procédure doit garantir le visa de la délivrance des médicaments soumis à prescription médicale ainsi que la vérification au moins annuelle de l'indication.
 - 2.7.6.02 Ce type de plan est important pour les patients atteints d'une maladie chronique, les patients polymorbides ou les patients dont le dossier présente une autre complexité. Le critère déterminant peut être par exemple une médication sur le long terme.
 - 2.8.1.01 L'évaluation de l'enquête doit être à la disposition de l'auditeur et/ou être regardée ensemble lors de la visite d'audit.
 - 2.8.2.01 Ce point se réfère aux mesures d'amélioration qui ont été définies avant l'audit EQUAM. Il ne s'agit pas d'un critère minimum et peut donc éventuellement être défini comme (nouvelle) mesure d'amélioration dans le cadre de la certification après l'audit.

- 2.8.3.01 Le contrôle de l'efficacité pourrait par exemple se faire par un mécanisme de Feedback en petits groupe (groupe de discussion, mini-sondage ou consultation de certains représentants des patients), ou encore dans le cadre d'enquêtes plus régulières auprès des patients.
- 3.2.1.01 Une procédure est-elle fixée? Pour les médecins: vérification dans le registre des professions médicales
- 3.2.2.01 Oui si un exemple peut être montré pour une assistante médicale et un médecin.
- 3.2.3 Un rapport écrit devrait être disponible pour l'entretien avec le personnel. Le thème de la formation continue devrait être abordé lors de l'entretien avec le personnel.
- 3.2.4 Ex: dans le cadre d'événement de groupe
- 3.2.5 Une check-list écrite est nécessaire.
- 3.2.5.01 Une check-list écrite est nécessaire.
INSTRUCTION AUDIT : Comment les nouvelles assistantes médicales sont-elles formées à leurs domaines d'activité ?
- 3.2.6 Une check-list écrite est nécessaire.
- 3.2.6.01 Une check-list écrite est nécessaire.
INSTRUCTION AUDIT : Comment les nouveaux médecins sont-ils formés à leurs domaines d'activité ?
- 3.2.7 Une check-list écrite est nécessaire.
- 3.2.7.01 Une check-list écrite est nécessaire.
INSTRUCTION AUDIT : Comment les nouveaux collaborateurs sont-ils formés à leurs domaines d'activité ?
- 3.2.8 Une check-list écrite est nécessaire.
- 3.2.8.01 Une check-list écrite est nécessaire.
- 3.3.1 Par exemple dans la formation, l'organisation de formations continues pour le personnel interne ou
- 3.3.1.01 Cet indicateur est considéré comme rempli lorsque le cabinet forme des apprentis assistants médicaux, accueille des médecins pour des stages ou lorsque des membres de l'équipe du cabinet s'engagent en tant qu'enseignants dans la formation initiale et continue.
- 3.3.2 Une preuve écrite est nécessaire.
- 3.3.2.01 Une preuve écrite est nécessaire.
- 3.3.2.02 Une preuve écrite est nécessaire.
- 3.4.1 Par exemple, des patients polymorbides dans des situations sociales particulièrement difficiles, des patients difficiles à gérer et/ou très exigeants, des patients présentant des difficultés psychologiques et pour lesquels il est important que tous les professionnels de la santé adoptent une approche uniforme, etc. Le cabinet choisit les cas selon ses propres critères.
- 3.4.1.01 Ex.: patients polymorbides ou polymédicalisés, se trouvant dans des situations sociales particulièrement complexes ou souffrant de limitations multiples, patients difficiles à gérer et/ou très exigeants, patients souffrant de troubles psychiques, pour lesquels il est important que les professionnels aient une gestion coordonnée du dossier, etc. Le cabinet sélectionne les cas suivant ses propres critères. Oui quand des exemples concrets sont cités, et que la documentation sur la discussion peut être présentée (par exemple sous la forme d'une entrée dans le dossier médical, d'une note, d'un procès-verbal).
- 3.4.2 Par exemple, la prise en charge de patients souffrant de certaines maladies chroniques, de patients présentant des limitations physiques ou psychiques, de patients en situation sociale difficile, dans le cadre du processus d'asile, en institution, de patients exigeants, etc. Le cabinet choisit les groupes selon
- 3.4.2.01 Ex.: gestion des patients souffrant de certaines maladies chroniques, patients souffrant de limitations physiques ou psychiques, patients se trouvant dans des situations sociales difficiles, patients faisant l'objet d'une procédure de demande d'asile, patients habitant en foyer, patients exigeants, etc.
- 3.4.3.01 Cet indicateur est considéré comme rempli lorsque, par exemple, un ordre du jour peut être présenté.

- 3.4.3.03 Ce n'est pas la fréquence qui compte, mais la régularité. En théorie, elles peuvent n'avoir lieu qu'une fois par an. Mais beaucoup d'autres critères ont pour objectif que l'équipe du cabinet discute de certains sujets et que ces débats soient documentés. Une seule réunion dans l'année faisant l'objet d'un procès-verbal ne remplirait donc pas ces critères.
- 3.5.1.01 Dans les cabinets de moins de 10 collaborateurs, cet indicateur n'est pas vérifié. Toutefois, la culture de la sécurité et de l'apprentissage y est également un thème important.
- 3.5.2 Ce point se réfère aux mesures d'amélioration qui ont été définies avant la date de l'audit EQUAM.
- 3.5.2.01 Non pertinent si aucune enquête sur la culture de sécurité n'a été réalisée auprès des collaborateurs. Ce point se réfère aux mesures d'amélioration qui ont été définies avant l'audit EQUAM. Il ne s'agit pas d'un critère minimal et peut donc éventuellement être défini comme (nouvelle) mesure d'amélioration dans le cadre de la certification après l'audit.
- 3.5.3.01 Non pertinent si aucune enquête sur la culture de sécurité n'a été réalisée auprès des collaborateurs. Le contrôle de l'efficacité pourrait être vérifié par un nouveau sondage auprès des collaborateurs après 12 à 24 mois.
- 4.1.1 Le répertoire doit garantir que le cabinet attribue des mandats à des fournisseurs de prestations avec lesquels il existe une bonne coopération basée sur la confiance. Le registre devrait être vérifié régulièrement et, dans l'idéal, contenir également des contacts avec des services sociaux, des groupes d'entraide, etc.
- 4.1.2.01 Notamment les résultats des fournisseurs de prestations externes.
- 4.1.3 On y discute par exemple des structures et des éléments des mandats ou il existe des modèles ; non pertinent dans les cabinets individuels.
- 4.1.3.01 Oui si les structures et les éléments des demandes de transfert ont été discutés, ou s'il existe des modèles ou des check-lists. Non pertinent dans les cabinets individuels.
- 4.1.4 Exemples : Le cabinet définit des critères indiquant quand un examen doit être remis en question ; le cabinet discute de la manière de traiter les patients qui insistent sur les examens inutiles ; le cabinet travaille avec des directives de délégations
- 4.1.4.01 Oui, si le cabinet dispose, par exemple, de critères indiquant quand une délégation doit être remise en question (ex.: sur la base des critères de l'association smarter medicine ou du Swiss Medical Forum), si le cabinet discute de la façon de gérer les patients qui souhaitent des examens inutiles, ou si le cabinet travaille avec des directives traitant des délégations.
- 4.2.1.01 Oui, si le cabinet documente quelles demandes il envoie et s'il suit comment elles ont été satisfaites, pour les analyses en laboratoire et les radios entre autres.
- 4.2.3.01 Oui si la personne qui fournit l'information peut montrer la relation entre une radio et un rendez-vous par exemple.
- 4.3.1.01 Ex.: l'hôpital, l'organisation de soins et d'aide à domicile, les services sociaux, entre autres. Les rencontres doivent aller au-delà de la remise du patient. L'exigence est également remplie par une participation régulière aux cercles de qualité.
- 4.3.2.01 Oui, si un exemple peut être montré et si les assistantes médicales documentent les réponses.
- 5.1 Si le client, sur ce point, fait référence à une visite récente ou imminente de l'inspection cantonale du travail, l'auditeur lui explique qu'EQUAM doit tout de même vérifier ses propres normes. En effet, les exigences et les mécanismes de contrôle cantonaux divergent. EQUAM doit par contre veiller à ce que ses standards soient appliqués de manière identique dans toute la Suisse.
- 5.1.3 Nous vérifions ce critère minimal conformément aux directives de l'Office de l'environnement et de l'énergie du canton de Saint-Gall (voir la fiche correspondante ici : https://www.umwelt.sg.ch/home/kundengruppen/industrie_gewerbe/_jcr_content/RightPar/download_dlist_teaser_0/DownloadListParTeaser/download_teaser_0.ocFile/FRP2009_02.pdf).
- 5.1.3.01 Ex.: un haricot
- 5.2.1 Il peut s'agir d'une mention sur le site internet, d'une adresse électronique, d'une boîte aux lettres ou d'une indication lors de l'entretien avec le patient.
- 5.2.2.01 Preuve écrite nécessaire

- 5.2.2.02 Preuve écrite nécessaire
- 5.2.2.03 Oui si des exemples peuvent être fournis.
 - 5.2.3 Les événements critiques (= événements entraînant des dommages ou des dommages évités de justesse pour les patients) sont documentés et discutés en temps réel et de manière interprofessionnelle (preuve). Des mesures sont prises. Une procédure de communication avec les patients en cas d'événements critiques est souhaitable.
 - 5.2.3.01 Preuve écrite nécessaire
 - 5.2.3.02 Preuve écrite nécessaire, discussion au plus tard un mois après l'incident.
 - 5.2.3.05 Présentation d'au moins un procès-verbal ou d'un descriptif de procédure si aucun cas ne s'est présenté. Encourager la discussion et la mise par écrit.
 - 5.3.1 Par exemple, une feuille d'information qui clarifie la procédure et indique les numéros de téléphone importants.
 - 5.3.1.01 Il suffit d'une fiche sur laquelle la procédure lors d'urgences médicales est indiquée, avec les numéros de téléphone importants, etc. Il faut pouvoir y accéder très rapidement.
 - 5.3.2 Une preuve écrite est nécessaire, par exemple sous forme d'attestation de participation, de certificat, etc. Une formation sur les urgences médicales est organisée au moins tous les 12 mois pour le personnel du cabinet. La formation annuelle peut être dispensée par un médecin interne, à condition qu'il dispose d'une attestation de formation continue sur les urgences médicales au cours des trois dernières années. Au moins tous les 3 ans, la formation du personnel du cabinet est assurée par un expert externe.
 - 5.3.2.01 Une formation sur les urgences médicales est organisée au moins tous les 12 mois pour le personnel du cabinet. La formation annuelle peut être dispensée par un médecin interne, à condition qu'il dispose d'une attestation de formation continue sur les urgences médicales au cours des 3 dernières années. Au moins tous les 3 ans, la formation du personnel du cabinet est assurée par un expert externe. Une preuve écrite est nécessaire, par exemple une attestation de participation, un certificat, etc. Le point est considéré comme rempli si un cours conforme aux critères de l'"American Heart Association AHA" ou de l'"European Resuscitation Council ERC" (cf. aperçu des cours de la Société suisse de médecine d'urgence et de sauvetage) ou un cours équivalent a été suivi.
- 5.4.1 Pour les petits cabinets, il peut s'agir de la personne de contact pour la Fondation EQUAM ; pour les grands cabinets, les tâches et les compétences de cette personne devraient être définies plus précisément.
 - 5.4.1.01 Y a-t-il eu un interlocuteur clairement défini avant et pendant l'audit? Qui est responsable de la démarche EQUAM au sein du cabinet? Ou une personne est-elle désignée comme responsable qualité (au sein des cabinets plus importants par exemple)?
 - 5.4.2 Uniquement pertinent pour les grands cabinets.
 - 5.4.2.01 Uniquement pertinent pour les grands cabinets.
 - 5.4.3 Uniquement pertinent pour les grands cabinets.
 - 5.4.3.01 Uniquement pertinent pour les grands cabinets, particulièrement important quand un cabinet est réparti sur plusieurs sites. Ex: vérification de l'hygiène des mains, documentation du CIRS, etc., sensibilisation à la protection des données, etc.