

COMITE TECHNIQUE CAQES	
Constitution du Groupe de travail	Sollicitation des membres des Fédérations Hospitalières (FHF, FEHAP, FHP, UNICANCER) Assurance maladie ARS
Précédentes Réunions de travail	<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>LUNDI 05 février de 14h00 à 17h00</u> : Réunion Plénière à ARS Lyon salle des Terreaux ○ <u>MERCREDI 28 FEVRIER de 14h00 à 17h00</u> : En visio sur ARS LYON dans la Salle Pilat et en visio sur ARS CLERMONT dans la Salle Jordanne ○ <u>LUNDI 12 MARS de 14h00 à 17h00</u> : En visio sur ARS LYON dans la Salle Croix Rousse et en visio sur ARS CLERMONT dans la salle Dore (salle 429 - 4^e étage)
Prochaines réunions	<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>4^{ème} et dernière réunion :</u> JEUDI 29 Mars 14h00 - 17h00 <ul style="list-style-type: none"> ○ En Visio sur le site de l'ARS de Lyon : Salle Fourvière ○ En Visio sur le site de l'ARS de Clermont Ferrand : Salle GRANDE LIMAGNE B – rez de chaussée
Objectifs	Concevoir un document didactique d'aide au remplissage du CAQES Contrat d'Amélioration Qualité Efficience des Soins
Date de publication du guide	Fin mars 2018

<u>RELEVÉ DE DECISIONS – 3^{ème} Réunion du Lundi 12 Mars 2018</u>	
<u>Rédigé par OMEDIT ARA</u>	
Personnes présentes	Cf annexe feuille d'émargement
Ordre du Jour	<ol style="list-style-type: none"> 1. Validation du relevé de décision de la précédente réunion 2. Présentation des modifications effectuées sur les outils et des méthodologies d'audit précédemment présentées 3. Poursuite de l'analyse des indicateurs et des outils associés

VALIDATION DU RELEVÉ DE DÉCISIONS DU LUNDI 5 FÉVRIER 2018

Mme Bonnefoy (FHF) : Fait remarquer qu'effectuer un état des lieux des logiciels LAP est très pertinent mais cela risque d'être difficile pour les consultations externes. Elle déplore que le compte rendu ne fasse pas apparaître clairement si les consultations externes sont dans le périmètre des indicateurs 111 et 121.

REPONSE : Les consultations externes sont EXCLUES de l'indicateur 111 tout comme pour les indicateurs 112 113
Les consultations externes sont INCLUES dans l'indicateur 121 (car le périmètre concerne le champ des PHEV) mais elles sont aussi incluses dans le 114 pour faire remonter l'état des lieux des LAP.
Le tableau de recueil proposé pour ces deux indicateurs sera donc modifié et séparé compte tenu du périmètre différent d'analyse.

Mme CHAUVINC (AM) : Rappelle que les centres de dialyse publics recevront bien les informations PHEV relatives aux taux de prescription dans le répertoire des génériques.

De manière plus générale, pour les indicateurs concernés :

- **Pour les établissements publics et ESPIC :** Les chiffres de l'établissement seront adressés par l'Assurance Maladie (AM) selon un calendrier communiqué ultérieurement.
- **Pour les établissements privés :** Les données ne sont pas disponibles, pour le moment, du fait de l'absence d'exhaustivité des n° FINESS sur les ordonnances de sortie.
- Dans ce contexte, les Indicateurs quantitatifs concernés seront NEUTRALISÉS en 2018 pour les établissements privés dans l'attente de la fiabilisation des données par les établissements privés.

PRESENTATION DES MODIFICATIONS DES OUTILS ET METHODOLOGIES DES AUDITS

Tableau de recueil des indicateurs 111 et 121 :

Les colonnes concernant l'identification des prescriptions non informatisées ont été ajoutées (médicaments d'exception, mds, stupéfiants, autres).

Pour compléter l'indicateur le taux renseigné sera :

« Total du nombre d'ordonnances Informatisées sur le LAP » divisé par « Total général du nombre d'ordonnances de sorties retrouvées ».

Il n'est pas envisagé d'établir une définition des « ordonnances NON informatisables » que l'on pourrait exclure du calcul (comme les ordonnances de stupéfiants par exemple).

Par contre dans le cadre de l'état des lieux, les taux par types d'ordonnances seront calculés et remontés au niveau régional pour une analyse ultérieure.

Les ordonnances de sortie prescrites sur un logiciel non LAP, même interfacé au DPI, doivent être considérées comme des ordonnances non informatisées.

Tableau validé avec ces modifications

Pour l'indicateur 131 Traçabilité des médicaments :

La méthodologie par requête informatique a été ajoutée dans le guide.

Méthodologie de l'audit 2 (indicateurs 131 et 171 et 172)

Pour l'indicateur 171 : Bien préciser dans le guide et dans la méthodologie que l'audit peut se dérouler au niveau des piluliers mais aussi au niveau des armoires de service.

Dans le contexte de l'élaboration d'un état des lieux régional, les US avec dispensation automatisée sont exclues du périmètre d'analyse.

Pour l'indicateur 172 : Il est proposé d'expliciter les critères d'identification des injectables des recommandations de l'HAS :

- Nom de l'IDE : les initiales des IDE sont acceptées ;
- Tous les autres critères doivent être présents. Un partage de modèle d'étiquettes pourrait être mis en place ;
- Il est proposé d'exclure de ces règles d'étiquetage les injections en bolus préparées au lit du patient.

Ces deux critères sont bien qualitatifs (réponses OUI ou NON) si une référence est retrouvée non identifiable (dans piluliers, armoire de service ou au moment de la préparation) ; la réponse au critère sera NON.

➔ Modifier le guide en ce sens

Grille recueil AUDIT 2

La grille de recueil a été séparée en deux : recueil de l'indicateur 131 d'un côté et recueil des indicateurs 171 et 172 dans un autre onglet.

La Grille de recueil de l'audit 2 est validée.

POURSUITE DE L'ANALYSE DES INDICATEURS

Partie 1 : Amélioration et sécurisation

Présence de Mme LAMA (ARS) pour la partie STERILISATION :

Indicateurs 181 et 182 :

Des explications sont apportées sur la continuité du groupe de travail « stérilisation » mené par l'ARS en plus des indicateurs demandés dans le CAQES.

Le groupe de travail « stérilisation » mené par l'ARS a pour objectif de travailler sur des schémas directeurs de l'organisation régionale et des besoins en terme d'activité de stérilisation.

Les indicateurs du CAQES s'orientent sur la mise en route d'une première réflexion portée sur l'organisation à mener en cas de dysfonctionnement majeur.

La liste des DMS à identifier comme étant critiques est laissée au choix de l'établissement. Ce choix peut être fait au regard du type d'activité de l'établissement (urgence, interventions programmées) de sa capacité à déprogrammer, des DM disponibles (DM à UU existants, nombre de boites disponibles etc....

L'expression des volumes en « unité d'œuvre » ne doit pas être imposée aux établissements. En effet cela engendre une surcharge de travail importante si la démarche n'est pas engagée

➔ Modifier le Guide en ce sens

Pour l'indicateur 182, une méthodologie "prête à l'emploi" sera fournie par l'ARS en 2019 avec une grille de recueil contenant les points définis comme critiques.

Cette grille de recueil sera proposée et testée sur des ES volontaires.

Si l'ES dispose d'une grille propre de recueil évaluant les mêmes points jugés critiques ; cette dernière sera bien acceptée en élément de preuve dans le CAQES.

PARTIE 3 : Biosimilaire, PHEV, liste en sus...

Pour les indicateurs précédemment analysés, les exemples des molécules (telles que Mircera®, Aranesp®...) sont laissés. Malgré le risque de modification de ces informations, ces exemples permettent une meilleure compréhension de l'indicateur.

Indicateur 331 :

Le taux d'évolution des dépenses est bien calculé hors rétrocession et hors traitement de l'hépatite C

Les données communiquées ne sont pas à périmètre constant d'une année sur l'autre.

Si une nouvelle molécule est commercialisée en cours d'année elle sera prise en compte dans le champ des PHEV et viendra faire évoluer le résultat de l'ES par rapport à l'année précédente.

Les données brutes sont donc difficilement superposables d'une année sur l'autre.

→ Laisser aux ES la possibilité d'expliquer l'évolution de ces données

Pour rappel sur les indicateurs quantitatifs de la partie 3 : Pour les établissements privés, les données ne sont pas disponibles, pour le moment, du fait de l'absence d'exhaustivité des n° FINESS sur les ordonnances de sortie.

Indicateur 332 :

Cet indicateur est qualitatif. Il n'est donc pas neutralisé pour les ES privés même s'ils ne reçoivent pas les données de l'assurance maladie.

Il est proposé aux ES privés de faire eux-mêmes leur choix des 3 classes thérapeutiques les plus significatives.

À ce jour L'OMEDIT ARA n'est pas destinataire des données de l'AM pour aider le choix des ES privés.

→ L'AM se renseigne pour mettre en place une convention de disponibilité des données entre l'AM et l'OMEDIT.

Indicateur 333 :

Même remarques que ci-dessus.

Indicateur 334 :

Il s'agit de campagnes conduites par l'AM.

Par exemple, une des dernières campagnes se portait sur l'Etanercept.

Il s'agit d'un indicateur qualitatif les ES privés sont donc bien concernés eux aussi.

Le titre de la partie 3.4 est erroné → Modifier le guide avec le bon titre

Indicateur 3.4.1

Les données n'ont pas encore été communiquées par l'OMEDIT.

Un recueil automatisé de ces dépenses est en cours de construction. Avec l'élargissement du nombre d'ES signataires du CAQES (110 pour le CBU contre environ 300 pour le CAQES), le calcul à la main des données n'est plus envisageable.

De plus les données annuelles de 2017 ne seront disponibles qu'à partir de fin mars.

Indicateur 3.4.2

Même remarques que ci-dessus

Indicateur 3.4.3

Partie 1 : Amélioration et sécurisation

Objectif 1.4 : Management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse des patients :

Aucune remarque. Des indicateurs similaires étaient déjà dans le CBU.

Objectif 1.5 : Signalement des événements indésirables graves.

Rajouter dans le guide la définition d'un EIG

Indicateur 151 : il s'agit bien d'un Nombre ; et non pas d'un taux. Ce nombre sera à fournir de manière déclarative.

Objectif 1.6 : Déploiement de la délivrance nominative des traitements médicamenteux

Pour les indicateurs 161 et 162, afin d'être en cohérence avec le CAQES, le guide doit stipuler que la réponse attendue est qualitative « oui » (l'état des lieux est effectué et communiqué) ou « non » (l'état des lieux n'est pas effectué).

Pour le REA 2018 s'agissant d'un état des lieux, il faudrait modifier les objectifs. Dans le guide, enlever la notion de « déployer la dispensation nominative » et mettre à la place « faire un état des lieux ».

→ Guide modifié en ce sens

Présentation de l'outil de recueil proposé par l'OMEDIT : 5^e onglet du Document général de recueil par US.

Afin de pouvoir établir des objectifs pertinents pour le REA 2019, l'état des lieux de la dispensation devrait pouvoir faire remonter le taux de dispensation nominative par type d'US.

Dans la colonne « type US » proposer « Médecine » « Obstétrique » et laisser « Autres » pour les établissements qui ne souhaitent pas passer du temps à affiner l'information. Cependant, il faudrait rajouter « SSR », « Psychiatrie », « Chirurgie », « Réanimation », « Hôpital de jour », « EHPAD » et « USLD » pour les établissements qui souhaiteraient affiner leurs données.

→ Modification du tableau de recueil

Si aucune dispensation nominative pour « la totalité » des médicaments n'est réalisée, rendre possible dans l'état des lieux de détailler ce qui est mis en place pour sécuriser la dispensation :

→ Mettre dans le guide un champ permettant de détailler les médicaments en dispensation nominative.

→ Modification du tableau de recueil.