

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
Prochaines réunions	<ul style="list-style-type: none"> ○ 3^{ème} réunion : Prévues le LUNDI 12 MARS de 14h à 17h00 En visio sur ARS LYON dans la Salle Croix Rousse En visio sur ARS CLERMONT dans la salle Dore (salle 429 - 4^è étage) ○ Proposition d'une 4^{ème} réunion : <i>JEUDI 29 Mars 14h - 17h</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>En Visio sur le site de l'ARS de Lyon : Salle Fourvière</i> ○ <i>En Visio sur le site de l'ARS de Clermont Ferrand : Salle GRANDE LIMAGNE B – rez de chaussée</i>
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 – 2^{ème} Réunion du Mercredi 28 Février 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 outils et des méthodologies d'audit pour les indicateurs déjà analysés 3. Poursuite de l'analyse des indicateurs

VALIDATION DU RELEVÉ DE DÉCISIONS DU LUNDI 5 FEVRIER 2018

L'Assurance Maladie (Mme Chauvinc) : L'AM ne peut pas pour l'instant fournir les indicateurs des PHEV pour les établissements du secteur privé par manque d'exhaustivité du FINESS sur les ordonnances de sortie. (Correction réalisée)

Dans l'indicateur 112 : il est confirmé que seule la notion de "lits installés" est retenue. Seules les activités de soin sont soumises à autorisation il n'y a plus de notion de "lits autorisés". Le nombre de lits installés est déclaratif. A noter que dans le cadre des indicateurs cela n'a pas d'importance car ces chiffres servent à calculer des taux.

PRESENTATION DES OUTILS ET AUDITS POUR LES INDICATEURS DÉJÀ ANALYSÉS

- Méthodologie AUDIT 1 (indicateurs 111 et 121 : Informatisation ordonnances de sorties et n° FINESS et RPPS):
 - Les participants du groupe de travail doivent vérifier auprès de leur DIM leur capacité à proposer un tirage au sort de dossiers au sein du périmètre défini (= périmètre plus grand que pour les IPAQSS car Hôpital de Jour inclus)
 - En parallèle, l'OMEDIT ARA propose un mode opératoire pour réaliser un tirage au sort depuis un fichier Excel.
 - La période durant laquelle les dossiers doivent être tirés au sort est validée et comprise entre 6 et 12 mois.
 - La répartition du nombre de dossiers proposée en fonction du nombre d'US est validée
 - Le nombre de dossiers est fixé par structure juridique et non par site géographique
 - La définition proposée d'une UNITE DE SOIN est la suivante :
Est qualifiée comme Unité de Soins, l'Unité Fonctionnelle (UF) identifiée dans la structure juridique par un numéro.
 - La sélection de la méthodologie par audit ou informatisée est laissée au choix de l'établissement.
- Grille de recueil audit 1 Informatisation et n° FINESS et RPPS :
 - Il est nécessaire de quantifier et de qualifier les ordonnances non informatisées (médicaments stupéfiants, d'exception, MDS et autres).
- Document général regroupant les Indicateurs analysés sur la base du recensement des US et du nombre de lits et places (pour recueil de 5 indicateurs différents) :
 - La proposition de réaliser un "état des lieux" de l'établissement est validée (**onglet 2**).
 - Ce document doit être conservé et actualisé à chaque changement de structure (modification d'UF) pour être réutilisé les années suivantes.
 - Pour le recensement des US, la colonne "type d'US" est laissée avec le choix restrictif de "médecine, obstétrique ou autre" pour correspondre au recueil de l'indicateur 1.6.2 et pour ne pas alourdir le remplissage de ce tableau. Ainsi les US de réanimation, chirurgie, psychiatrie, SSR, USLD etc seront regroupées dans le type « AUTRE »
 - La grille de l'onglet 3 et l'onglet 4 pour le calcul des **indicateurs 112 et 113** sont validés
 - Le référentiel des LAP certifiés est fourni par la HAS avec l'ensemble des versions certifiées.

Partie 1 : Amélioration et sécurisation

1.3.1 - Traçabilité des médicaments : nombre de lits informatisés de la prescription jusqu'à la traçabilité de l'administration/ nombre de lits total :

- Rajouter une méthodologie 1 : Requête informatique.
- Laisser le choix à l'établissement entre méthodologie 1 (requête informatique) et méthodologie 2 (audit).
- La dialyse est concernée par cet indicateur.

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

- Choix des US : Au moins 1 US par type d'activité. L'établissement pourra intégrer cette démarche d'audit au sein de son plan d'action en lien avec la cartographie des risques de l'établissement et ses projets sur la PECM.
- Il faut séparer le recueil de l'indicateur 131 des deux autres 171 et 172 car le recueil du 131 peut être fait par la méthodologie 1 : requête informatique.
- La période : un jour donné est validée.
- Chaque établissement a le choix d'auditer sur "la prise à venir" ou "sur les dernières 24h" (recommandation HAS). Toutefois, il devra préciser la méthodologie choisie afin de pouvoir comparer les établissements.
- Pour les indicateurs **171 et 172**, revoir :
 - La définition des données devant figurer pour l'identification des injectables (HAS)
 - Revoir les recommandations sur l'identification des injectables lorsque ceux-ci sont préparés au lit du patient et non en salle de soin (HAS).
- Attention la dialyse n'est pas concernée par **indicateur 171** : identification des médicaments per os.

➤ **Grille recueil AUDIT 2 :**

- Revoir la grille pour l'indicateur 131 audit de traçabilité de l'administration des médicaments à proposer séparément.
- Validation de la grille pour les indicateurs 171 et 172 (identification des médicaments per os et injectables).

1.3.2 - L'interfaçage des différents logiciels de l'établissement prévoit la mise à disposition dans le dossier patient informatisé de l'ensemble des informations durant la totalité de l'hospitalisation y compris sa sortie.

- Il est décidé d'avoir un outil de recueil standardisé de cet indicateur.
- Le périmètre des logiciels recensés intègre l'ensemble des logiciels utilisés lors du circuit du médicament pendant tout le parcours du patient :

1- Consultations d'anesthésie/pré-anesthésie 2- Biologie 3- Prescriptions (médicaments, soins, examens etc) 4- Analyse pharmaceutique 5- Administration des médicaments

➤ **Tableau de recueil 132**

- Il n'est pas nécessaire de proposer ce tableau à compléter par US. Un tableau général pour l'établissement est suffisant.

1.3.3 - Traçabilité des DMI : nombre d'unités de DMI dont l'implantation est informatiquement tracée/nombre total d'unités de DMI implantées :

- Dans le guide il faut définir précisément ce qu'est la traçabilité informatique et ce quelle doit contenir comme information. Un document de traçabilité scanné dans le DPI n'est pas une traçabilité informatique.
- Audit : validation du nombre de dossiers (30).
- La traçabilité de l'ostéosynthèse est exclue de cet indicateur.

1.3.4 - Traçabilité des DMI : déploiement de la classification CLADIMED® : nombre d'unités de DMI stockées enregistrées selon la classification CLADIMED dans l'établissement/nombre d'unités de DMI stockées dans l'établissement :

- L'objectif de cet indicateur est de promouvoir l'implémentation de la classification Cladimed dans les GEF/logiciels de traçabilité afin de comparer les achats et l'utilisation des DMI dans chaque établissement.
- Proposition
On considère que :
 - les DMI de la LPPR doivent comporter un code cladimed à 5 niveaux
 - les DMI dont le code cladimed n'est pas communiqué par le fournisseur doivent avoir un code cladimed à 2 niveaux (1^{er} : FAMILLE 1 lettre de A à Z ; 2^{ème} : SOUS-FAMILLE chiffre > 50)Les codes cladimed doivent être renseignés pour tous les DMI rentrés dans la GEF.