

AFQHO Info numéro 28 du 1er novembre 2008

Association Francophone pour la Qualité Hospitalière

<http://www.afqho.com/>

Merci aux contributeurs, en particulier : Christophe Geisler et Hélène Robillart.

Communiquez les informations à publier ou vos articles à :  
[brailon.alain@gmail.com](mailto:brailon.alain@gmail.com) AFQHO Info ne peut vivre que grâce à vous.  
Même adresse si vous souhaitez figurer sur la liste de diffusion ou en être rayé.

## SOMMAIRE :

Avec les liens hypertextes en faisant « CTRL+Clic »

### News

[Anap](#)

[J. McCain et B. Obama](#)

[Dossier médical informatisé](#)

[L'évaluation régulière des chirurgiens et la CSMF !](#)

### Sur Internet

[L'IGAS émet des réserves sur le paiement des médecins à la performance](#)

[Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins \(FIQCS\).](#)

[Code de bonne pratique pour la gestion de la sécurité de l'informationn santé et ISO](#)

### Indicateurs

[Indicateur et maîtrise de processus : ne pas mettre la charrue avant les boeufs !](#)

[IPAQH](#)

### Manager

[Situation économique et financière des cliniques privées](#)

[T2A et Nouvelle gouvernance en Ile de France](#)

[Manager c'est aussi prévoir](#)

[Gouvernance hospitalière](#)

### EBM

[Le guide des procédures de radiothérapie externe 2007](#)

[Guide des vaccinations 2008](#)

### Emploi

[Recrutement d'un ingénieur qualité au CHU de Caen](#)

## Au JO

[Equipes médico-sociales et grille AGGIR](#)  
[Modalités d'organisation des activités de soins de suite et de réadaptation \(SSR\)](#)  
[Agrément des établissements pratiquant la cancérologie](#)

## Journal club

[Seuil d'activité/ Attention, l'augmentation du volume est délétère si les moyens ne sont pas là](#)  
[Ulcères de pression. La qualité au troisième millénaire : Le résultat \(cicatrisation\) + case mix](#)  
[Comment développer la qualité dans un service de médecine ?](#)  
[Les programmes d'amélioration doivent faire l'objet d'une évaluation scientifique](#)

## Dossier

[Quelle solution pour des économies sur le coût des médicaments ?](#)

## V2010

[Les relecteurs ont-ils déclaré forfait ou le manuel est il parfait ?](#)  
[Calendrier document V2010](#)  
[Fiche navette ARH : un nouveau document, à échéance de 5 mois avant la visite :](#)  
[Nouveautés sur les niveaux de décision](#)  
[Certification des établissements de santé](#)

## Réunions : REQUAMIP

### Ateliers débat

[Maltraitance et bientraitance ? Le lien avec la V2010](#)  
[Sociologie de la gestion des risques et risque juridique](#)

### Journées d'Echanges Qualité

[Fonction de gestionnaire global des risques / Ethique en psychiatrie](#)  
[Mise en place du projet de l'usager en médico-social / Marketing de la qualité et de la sécurité](#)  
[Coûts de la non qualité/ Comment piloter avec les indicateurs](#)

## News

[Retour au Sommaire](#)

### Anap

Rapprochement de la Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (Mainh), de la Mission d'expertise et d'audit hospitaliers (Meah) et du Groupement pour la modernisation du système d'information (GMSIH) au sein d'une agence commune, la future Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) qui pourrait se voir fixer cinq priorités d'action : la mise en place et le déploiement d'outils méthodologiques (notamment la conception de référentiels d'organisation médicale), l'accompagnement du redressement financier des établissements en difficulté, l'appui à la recomposition de l'offre de soins (regroupements territoriaux), l'appui au déploiement des systèmes d'information hospitaliers (SIH) et le soutien à la formation au management.

Les effectifs de l'agence pourraient s'élever à 40 / 50 équivalents temps plein (ETP) par redéploiement des moyens existants.

Démarrage opérationnel prévu en avril 2009 avec création d'un GIP.

[Retour au Sommaire](#)

### **J. McCain et B. Obama**

Leurs projets pour le système de soins ont été publiés.

New England Journal of Medicine : Volume 359 — October 9, 2008 — Number 15

<http://content.nejm.org/cgi/reprint/359/15/1537.pdf>

<http://content.nejm.org/cgi/content/full/359/15/1537-a>

<http://content.nejm.org/cgi/content/full/359/15/e17>

[Retour au Sommaire](#)

### **Dossier médical informatisé**

L'Assistance publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP) va disposer d'un dossier médical informatisé unique pour le patient (DHP) " ouvert vers le médecin de ville et le patient". Sa mise en place se fera progressivement, entre 2009 et 2013. L'AP-HP va s'appuyer sur l'expérience d'Agfa HealthCare, dont le logiciel Orbis est déjà utilisé par le CHU de Toulouse, les CH d'Annecy, Annemasse et Vesoul, ainsi que divers hôpitaux allemands. Un marché dont le montant s'élève à 95 millions d'euros, après avoir dénoncé celui de 75 millions passé en mars 2007 avec Thales-General Electric.

C'est l'occasion de relire le rapport parlementaire :

« On ne saurait dire que la France est foncièrement en retard par rapport à ses voisins dans le domaine de l'informatique hospitalière ... Globalement, on peut dire que la France est en retard, du point de vue du dossier patient, par rapport à ses voisins d'Europe du Nord et légèrement en avance par rapport à l'Europe du Sud. »

[http://www.senat.fr/rap/r05-062/r05-062\\_mono.html](http://www.senat.fr/rap/r05-062/r05-062_mono.html)

[Retour au Sommaire](#)

### **L'évaluation régulière des chirurgiens et la CSMF !**

« A la suite d'une initiative personnelle de Guy Vallancien, qui n'a pas été validée par le Conseil National de la Chirurgie, qui lance un appel solennel pour la création d'un plan d'urgence, le Pôle chirurgical de la CSMF appelle à la prudence et à la mesure. Si certaines idées sont intéressantes, en revanche, le Pôle chirurgical, rappelle son hostilité à l'évaluation régulière des chirurgiens qui conduira inéluctablement à la recertification. »

Csmf actu 3 octobre 08

[Retour au Sommaire](#)

## **Sur Internet**

[Retour au Sommaire](#)

### **L'IGAS émet des réserves sur le paiement des médecins à la performance**

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000596/index.shtml>

Voir également

[http://www.egora.fr/actualites/journal/doc/Rp\\_lgas\\_paiement\\_performance.pdf](http://www.egora.fr/actualites/journal/doc/Rp_lgas_paiement_performance.pdf)

[http://www.minefe.gouv.fr/directions\\_services/dgtpe/TRESOR\\_ECO/francais/pdf/2008-016-42.pdf](http://www.minefe.gouv.fr/directions_services/dgtpe/TRESOR_ECO/francais/pdf/2008-016-42.pdf)

[http://www.minefe.gouv.fr/directions\\_services/dgtpe/TRESOR\\_ECO/francais/pdf/2008-016-42.pdf](http://www.minefe.gouv.fr/directions_services/dgtpe/TRESOR_ECO/francais/pdf/2008-016-42.pdf)

[Retour au Sommaire](#)

### **Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS).**

Rapport d'activité 2007 avec une analyse détaillée pour chacune des 5 grandes thématiques: coordination des soins, amélioration et évaluation des pratiques professionnelles, permanence des soins en ambulatoire des médecins généralistes libéraux, aides directes à l'installation, développement des systèmes d'information.

Très factuel et descriptif.

Quelle valeur ajoutée de ce dispositif, quels critères d'évaluation en prévision ?

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/fiqcs-rapport-activite-2007.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/fiqcs-rapport-activite-2007.pdf)

[Retour au Sommaire](#)

### **Code de bonne pratique pour la gestion de la sécurité de l'informationn santé et ISO**

L'International Organization for Standardization (Iso) vient de publier la norme ISO 27799:2008 (Informatique de santé - Gestion de la sécurité de l'information relative à la santé en utilisant l'ISO/CEI 27002), qui définit toutes les précautions à prendre et règles de bonnes pratiques concernant la gestion des informations médicales, "quels qu'en soient la forme, le support utilisé pour les stocker ou

les moyens mis en oeuvre pour leur transmission". Cette nouvelle norme est associée à l'ISO/CEI 27002:2005

[www.lexpansion.com](http://www.lexpansion.com), le 1er septembre 2008

[Retour au Sommaire](#)

## Indicateurs

[Retour au Sommaire](#)

### **Indicateur et maîtrise de processus : ne pas mettre la charrue avant les boeufs !**

L'Inca, dans le cadre du plan cancer, s'était fixé l'objectif de réduire le délai d'attente pour réaliser un examen IRM à quinze jours. En 2005, le temps d'attente moyen est de 29,3 jours. Actuellement le délai moyen est de 35,4 jours, un record depuis 2004. Comme toujours des inégalités entre les régions : l'attente est en moyenne de 22,6 jours en Ile de France et de 71,3 jours en Lorraine. Pourtant les Lorrains payent leurs impôts comme les autres.

La Norvège (23,8) et l'Allemagne (23,3) ont 3 fois plus d'appareils (par million d'habitants) que la France (7,5).

Il ne faut mesurer les processus que si les moyens sont maîtrisés! C'est plus simple et moins coûteux. C'est l'occasion de relire les bons auteurs. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA 1998; 260: 1743-8.

En plus, cet indicateur de processus sous estime la gravité de la situation : dans de nombreux cas on ne demande même plus de rendez vous puisque l'on sait qu'il sera trop tard pour être utile.

En cas de suspicion d'attaque cérébrale, l'IRM permet de donner rapidement une certitude sur le diagnostic et de guider le traitement. Or, en cas de suspicion d'accident vasculaire aigu, plus de deux patients sur trois n'ont pas eu accès à l'IRM en 2006, selon une enquête récente. Là encore, les indicateurs de résultats en terme de mortalité ou de morbidité, ce n'est pas pour après demain.

Pour la mise en oeuvre du Plan Cancer, relire le rapport de Gérard Bapt : (Assemblée nationale le 5 juillet 2006) <http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-info/i3249.asp>

Quant à L'Inca, son site (consulté début octobre 2008) déclare « Le délai moyen d'attente pour passer une IRM a diminué, passant de 43,6 jours en 2003 à 31 jours en 2004. Les effets du Plan cancer (73 IRM ont été installées au cours des six premiers mois de 2004) se traduisent donc concrètement pour les patients. » [http://www.e-cancer.fr/Les-Soins/Imagerie-medicale/page2/op\\_1-ta\\_-id\\_159-it\\_147-li\\_1-ls\\_1-la\\_1-ve\\_1.html](http://www.e-cancer.fr/Les-Soins/Imagerie-medicale/page2/op_1-ta_-id_159-it_147-li_1-ls_1-la_1-ve_1.html)

Comme disait Khrouchtchev: «Vous voyez, dès que nous avons commencé à parler de l'industrie lourde, le soleil s'est mis à briller avec éclat. ».

[Retour au Sommaire](#)

### **IPAQH**

Ne manquez pas la lettre du CFAR

IPAQH et tenue du dossier anesthésique : 40 item, mais rien sur l'allergie !

Un sujet pourtant capital selon les anesthésistes.

[http://www.cfar.org/lettres\\_info/CFARInfos25.pdf](http://www.cfar.org/lettres_info/CFARInfos25.pdf)

[Retour au Sommaire](#)

## Manager

[Retour au Sommaire](#)

### **Situation économique et financière des cliniques privées**

En 2006, le chiffre d'affaires des cliniques a augmenté de 7 %. La rentabilité est stable à 3 % du chiffre d'affaires. Les cliniques de taille moyenne (CA compris entre 6 et 12 millions d'euros) sont celles dont la situation économique est la moins favorable. La situation est hétérogène : 22 % des cliniques subissent des pertes alors qu'une sur dix affiche une rentabilité économique supérieure à 10,5 %. Source : Drees août 2008.

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er650.pdf>

[Retour au Sommaire](#)

### **T2A et Nouvelle gouvernance en Ile de France**

L'ARH d'Ile de France, le centre régional de ressources pour l'optimisation du management et des organisations des établissements de santé (C2R santé) offre d'importantes ressources documentaires : « Finance », « Nouvelle gouvernance » ...

[www.c2rsante.fr](http://www.c2rsante.fr)

[Retour au Sommaire](#)

### **Manager c'est aussi prévoir**

La Drees (juillet 2008) étudie l'impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030 avec 3 scénarii.

- Le scénario 1 est fondé sur le maintien des paramètres à leur niveau de 2004 ;
- Le scénario 2 repose sur la poursuite à l'identique des tendances récentes ;
- Le scénario 3 s'appuie sur l'évolution prévisible des pathologies et des traitements et sur les modalités d'organisation les plus performantes.

<http://www.sante.gouv.fr/drees/dossier-solsa/pdf/article200804.pdf>

[Retour au Sommaire](#)

### **Gouvernance hospitalière**

Rapport Vallencien du 10 juillet 2008 à la ministre de la Santé. Il suggère une nouvelle culture managériale dans les hôpitaux et une incitation au regroupement au sein de communautés hospitalières. Les hôpitaux qui choisiront le regroupement pourront être encouragés dans leurs démarches par des aides financières temporaires. Il indique que l'organisation actuelle des hôpitaux est trop lourde et freine leur développement. Les Conseils d'Administration disparaîtraient, le Conseil Exécutif serait renforcé, les CME seraient remplacées par des comités consultatifs (conseil scientifique et médical), une instance regrouperait l'ensemble des instances actuelles : CTE, CME, CLIN, CHSCT.

Il propose aussi la création d'un conseil de surveillance avec « un maximum de 12 membres » nommés par une « assemblée des représentants de citoyens » et une rémunération des médecins en partie à l'activité et en fonction de la qualité des soins.

[http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/cgi-bin/brp/telestats.cgi?brp\\_ref=084000472&brp\\_file=0000.pdf](http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/cgi-bin/brp/telestats.cgi?brp_ref=084000472&brp_file=0000.pdf)

M. Daniel Fasquelle a rédigé une proposition de loi concernant l'élection des présidents des conseils d'administration des établissements publics de santé

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/propositions/pion0982.asp>

Pendant ce temps là, le directeur général et le président de la CME de l'Assistance publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP), 10% de l'hospitalisation publique, affirment leur attachement aux services hospitaliers « *pièce maîtresse* » de l'organisation de l'hôpital.

<http://www.quotimed.com/flashes/index.cfm?fuseaction=viewflashinfo&flashidx=12499>

[Retour au Sommaire](#)

## **EBM**

[Retour au Sommaire](#)

### **Le guide des procédures de radiothérapie externe 2007**

Cf. art. R. 1333-71 du code de la santé publique.

Des conseils pratiques en fonction de l'étape où se trouve le patient : avant, pendant ou après la radiothérapie. La surveillance et la gestion des effets secondaires à court, moyen et long termes.

Par la Société Française de Radiothérapie Oncologique et la Société Française de Physique Médicale avec les représentants de l'Association Française du Personnel Paramédical d'Electroradiologie (AFPPE)

<http://www.sfro.org/francais/Guide%20RT%202007.pdf>

[Retour au Sommaire](#)

### **Guide des vaccinations 2008**

A quand une évaluation et des actions d'amélioration ?

[http://www.inpes.sante.fr/index.asp?page=10000/themes/vaccination/guide\\_2008/index.htm](http://www.inpes.sante.fr/index.asp?page=10000/themes/vaccination/guide_2008/index.htm)

[Retour au Sommaire](#)

## **Emploi**

[Retour au Sommaire](#)

### **Recrutement d'un ingénieur qualité au CHU de Caen**

Pour développer les démarches qualité dont les Evaluations de Pratiques Professionnelles (EPP) au sein des services du CHU de Caen.

Formation ingénieur ou master 2 en management de la qualité  
La spécialisation dans le domaine de la santé est un plus.  
Une première expérience professionnelle est souhaitée.

Contact

Dr Marie-José d'ALCHE-GAUTIER  
Responsable de l'unité d'Evaluation Médicale  
02 31 27 26 73  
[dalchegautier-mj@chu-caen.fr](mailto:dalchegautier-mj@chu-caen.fr)

[Retour au Sommaire](#)

## Au JO

[Retour au Sommaire](#)

### **Equipes médico-sociales et grille AGGIR**

Le décret du 21 août 2008 la nouvelle grille de référence AGGIR. Les professionnels demandaient une meilleure évaluation des troubles psychiques et des besoins d'accompagnement. Le guide de remplissage de la grille indique comment coter les 17 variables (cohérence, orientation, toilette, habillage, alimentation, élimination, transfert, déplacement). Chaque variable doit être évaluée à l'aide de quatre adverbes :

- *Spontanément* l'évaluateur estime qu'il n'existe pas d'incitation à la stimulation
- *Totalement* implique que l'ensemble des activités du champ soit réalisé
- *Habituellement* est en référence au temps et à la fréquence de réalisation
- *Correctement* prend en compte la qualité de la réalisation, se conforme aux usages et à la sécurité de la personne et des proches.

Décret n° 2008-821 du 21 août 2008 relatif au guide de remplissage de la grille nationale AGGIR.  
NOR: M TSA0802126D. JORF n°0196 du 23 août 2008 page 13252 texte n° 40

[Retour au Sommaire](#)

### **Modalités d'organisation des activités de soins de suite et de réadaptation (SSR)**

Les activités de SSR se distinguent des différentes spécialités médicales qui y sont mises en oeuvre, la médecine physique et de réadaptation (MPR) se situe au coeur du dispositif de prise en charge en SSR.

Le décret ne prévoit qu'une seule modalité d'autorisation: il s'agit de l'exercice de l'activité "au seul titre des SSR adultes" avec des possibilités de mentions complémentaires. L'autorisation peut être accompagnée de la mention de prise en charge des enfants et/ou adolescents, "à titre exclusif ou non". La mention d'une ou plusieurs prises en charge spécialisées en SSR peut être indiquée pour les affections de l'appareil locomoteur, du système nerveux, cardio-vasculaires, respiratoires, des systèmes digestifs, métaboliques et endocriniens, onco-hématologiques, des brûlés, les affectations liées aux conduites addictives et les affections des personnes âgées polyopathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance.

Les maisons de repos et de convalescence, de régime et de réadaptation fonctionnelle devront opter, à l'issue de la révision du volet SSR du Sros, soit pour une orientation SSR, soit pour toute autre orientation médico-sociale. Les établissements de SSR ayant donné une orientation de psychiatrie à leur activité pourront opter entre une orientation SSR et une orientation psychiatrie.

Les dispositions des Sros en vigueur doivent être révisées au plus tard avant le 22 octobre 2009.

Circulaire n°DHOS/01/2008/305 du 3 octobre 2008 relative aux décrets du 17 avril 2008 réglant l'activité de soins de suite et de réadaptation

[Retour au Sommaire](#)

### **Agrément des établissements pratiquant la cancérologie**

Avis du 20 juin 2008 relatif aux critères d'agrément des établissements pratiquant la cancérologie

NOR : S JSH0830531V

[http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2008/08-07/ste\\_20080007\\_0100\\_0071.pdf](http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2008/08-07/ste_20080007_0100_0071.pdf)

[Retour au Sommaire](#)

## Journal club

[Retour au Sommaire](#)

### **Seuil d'activité/ Attention, l'augmentation du volume est délétère si les moyens ne sont pas là**

The Tipping Point: The Relationship Between Volume and Patient Harm

The study purports to show the relationship between volume and patient harm due to health care error. Using 5 measures of volume and incident reports weighted for patient harm over the course of 515 days, it is shown that increased volume is related to increased harm to patients. As the number of areas in the hospital experiencing high volume increased, the likelihood of patients sustaining serious harm because of health care error also increased. This is attributed to reaching system capacity causing support services (ie, lab, pharmacy, radiology, housekeeping and engineering) to be overwhelmed and unable to keep up with requests from caregivers.

Alberta T. PedrojaThis . American Journal of Medical Quality, Vol. 23, No. 5, 336-341 (2008)

[Retour au Sommaire](#)

**Ulcères de pression. La qualité au troisième millénaire : Le résultat (cicatrisation) + case mix**

Using the Case Mix of Pressure Ulcer Healing to Evaluate Nursing Home Performance

Pressure ulcer healing is an important quality measure for nursing homes, but the factors that predict healing have not been well studied. Using the Minimum Data Set, the authors identified candidate variables for a logistic regression, risk-adjustment model to predict ulcer healing. The authors then assessed model discrimination and calibration. Finally, the authors compared unadjusted with risk-adjusted performance for the individual facilities within a nursing home chain. Significant predictors of healing included mobility in bed, presence of a stage 2 ulcer (compared with a stage 4 ulcer), absence of paraplegia and quadriplegia, and absence of end-stage illness. The model C statistic was 0.67, and the calibration was acceptable. Judgments about nursing performance varied in 2 cases depending upon whether unadjusted or risk-adjusted performance was used. The model that the authors developed contains credible predictors of healing. Pressure ulcer healing may be one of many indicators used to evaluate nursing home quality.

Alok Kapoor et al. Am J Med Qual 2008; 23:342-349

[Retour au Sommaire](#)

**Comment développer la qualité dans un service de médecine ?**

A Model for Quality Improvement Programs in Academic Departments of Medicine

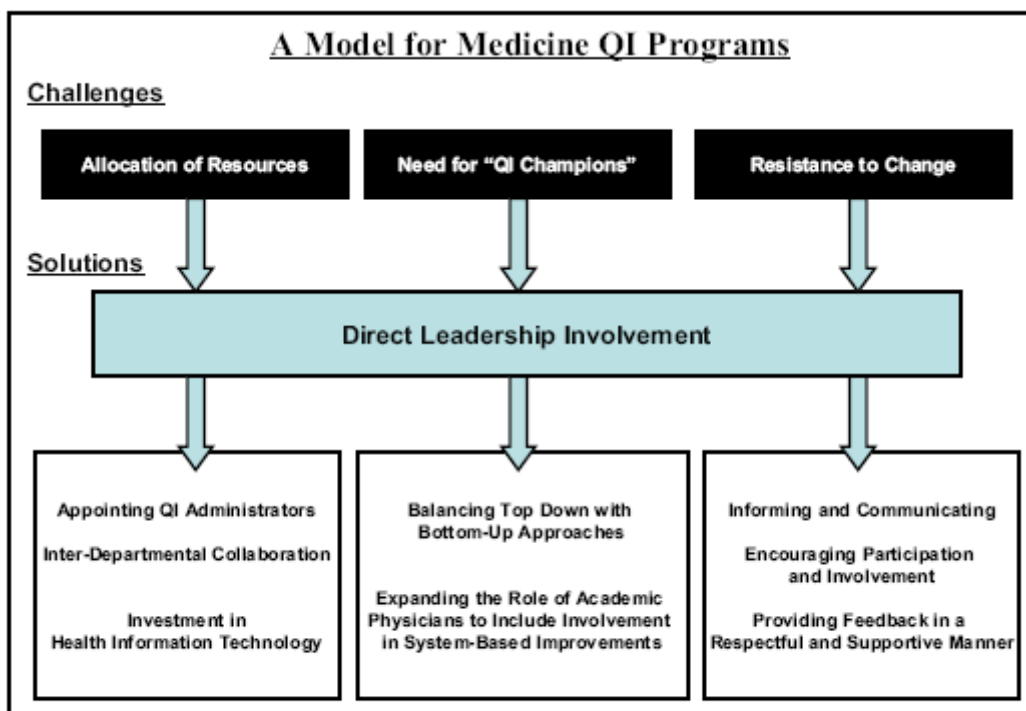


Figure 8 Model for medicine QI/PS programs.

The doi:10.1016/j.amjmed.2008.06.018

[www.im.org/APM](http://www.im.org/APM).

[Retour au Sommaire](#)

**Les programmes d'amélioration doivent faire l'objet d'une évaluation scientifique**

Kritchevsky SB et al. The Effect of a Quality Improvement Collaborative to Improve Antimicrobial Prophylaxis in Surgical Patients. A Randomized Trial

Annals of Internal Medicine 7 October 2008 | Volume 149 Issue 7 | Pages 472-480

Background: Quality improvement collaboratives are used to improve health care quality, but their efficacy remains controversial.

Objective: To assess the effects of a quality improvement collaborative on preoperative antimicrobial prophylaxis.

Design: Longitudinal cluster randomized trial, with the quality improvement collaborative as the intervention.

Participants: 44 acute care hospitals, each of which randomly sampled approximately 100 selected surgical cases (cardiac, hip or knee replacement, and hysterectomy) at both the baseline and remeasurement phases.

Conclusion: At a time of heightened national attention toward measures of antimicrobial prophylaxis performance, the trial did not demonstrate a benefit of participation in a quality improvement collaborative over performance feedback for improvement of these measures.

[Retour au Sommaire](#)

## Dossier

[Retour au Sommaire](#)

### **Quelle solution pour des économies sur le coût des médicaments ?**

La Haute Autorité de Santé publie une fiche « Bon usage des médicaments » dont l'objectif est de faire des économies quand le praticien prescrit un antihypertenseur de la classe des inhibiteurs du système rénine-angiotensine. On peut choisir entre inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) et sartans. La HAS recommande de prescrire un IEC en première intention et de réserver les sartans aux patients qui présentent une toux sèche sous IEC.

Les sartans sont plus coûteux que les IEC et n'ont pas démontré, dans l'hypertension artérielle essentielle non compliquée, d'efficacité supérieure :

- La HAS indique qu'il n'y a "pas de différence" d'efficacité entre les deux classes d'antihypertenseurs sur les chiffres tensionnels et qu'aucune différence n'a été démontrée entre les IEC et les sartans en ce qui concerne la réduction du risque d'accidents cardiovasculaires majeurs. La seule différence identifiée entre les deux classes est la toux, effet secondaire observé chez 1% à 3% des patients sous sartan et trois fois plus fréquemment chez les patients sous IEC.

-Le coût de traitement journalier est de 0,33 euro pour l'IEC le moins cher (le captopril générique) et entre 0,40 et 0,50 euros pour la majorité d'entre eux, alors que les sartans coûtent entre 0,67 euros et 0,74 euros.

C'est la Haute Autorité de Santé (commission de la Transparence) qui évalue dans ses avis « le service médical rendu et l'amélioration du service médical rendu des médicaments », « l'intérêt en santé publique », « la population cible » ... qui sont utilisés pour la fixation du prix par le Comité Economique des Produits de Santé.

Plutôt que demander aux médecins d'apprendre les prix de détails des médicaments, il serait peut être plus simple que les médicaments soient évalués avec des critères objectifs, des conclusions claires et que le prix corresponde à leur intérêt pour les malades.

Au Guinness book des records : le coût du péridopril (Coversyl\*), l'IEC du Laboratoire Servier qui est à 0,82 euros !

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_698407/traiter-lhypertension-arterielle-essentielle-non-compliquée-comment-choisir-entre-iec-et-sartans](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_698407/traiter-lhypertension-arterielle-essentielle-non-compliquée-comment-choisir-entre-iec-et-sartans)

[Retour au Sommaire](#)

## V2010

[Retour au Sommaire](#)

### **Les relecteurs ont-ils déclaré forfait ou le manuel est il parfait ?**

Le manuel pilote V2010 a fait l'objet d'une large consultation publique réalisée en mai et juin 2008.

Données sur les relecteurs sollicités par catégorie et ceux qui ont effectivement adressé une réponse à la HAS.

- Relecteurs professionnels - hors groupes de travail : 251 / 186
- Établissements de santé : 236 / 62
- Relecteurs institutionnels : 107 / 40

- Collèges de bonne pratique : 43 / 4
- Membres des groupes de travail et prestataires : 98 / 44
- Membres de la HAS : 76 / 32
- Membres de la Commission de certification des ES : 30 / 11

[Retour au Sommaire](#)

### **Calendrier document V2010**

Manuel V2010 définitif octobre 2008  
Guide préparer et conduire novembre 2008  
Guide préparer et conduire novembre 2008  
Guide de l'expert-visiteur avril 2009  
Trames d'Auto Evaluation décembre 2008  
Trames du rapport et outils du processus décisionnel janvier 2010  
Les premières visites V2010 démarreront en janvier 2010 avec 232 établissements engagés dès le premier semestre

[Retour au Sommaire](#)

### **Fiche navette ARH : un nouveau document, à échéance de 5 mois avant la visite :**

- CPOM et suivi du CPOM (particulièrement l'annexe 7),
- positionnement de l'établissement vis-à-vis du SROS,
- informations concernant les regroupements en cours ou envisagés,
- éventuel plan de retour à l'équilibre,
- qualité et sécurité (plaintes, événements indésirables, indicateurs, CBUM...),
- contrôles et inspections diligentés dans les établissements hors sécurité sanitaire : missions IGAS, conseillers généraux des hôpitaux, etc.

[Retour au Sommaire](#)

### **La visite s'articulera autour de:**

- 1- d'un tronc commun à tous les établissements
  - les pratiques exigibles prioritaires (PEP's),
  - l'EPP,
  - les thématiques couplées aux indicateurs nationaux.
- 2- de modules "spécifiques"
  - le suivi des décisions de la V2,
  - les critères cotés C ou D dans l'auto-évaluation,
  - les critères renvoyant à des points signalés en amont de la visite via la fiche navette HAS/ARH,
  - quelques critères aléatoirement sélectionnés.

[Retour au Sommaire](#)

### **Nouveautés sur les niveaux de décision**

5 niveaux de certification sont définis : les 4 niveaux actuels, nommés différemment pour certains, auquel s'ajoutera un niveau « supérieur » pour distinguer les ES ne faisant l'objet d'aucune décision. La HAS aura la possibilité de prononcer une non certification en 1ère intention.

[Retour au Sommaire](#)

### **Certification des établissements de santé**

Déjà commentée (une nouvelle conception de ce qu'est un professionnel de santé), parution au JO avec le délai habituel.

Décision du 14 mai 2008 du collège de la Haute Autorité de santé adoptant la procédure de certification des établissements de santé

NOR : HASX0813186S

[http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf//jopdf/2008/0801/joe\\_20080801\\_0127.pdf](http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf//jopdf/2008/0801/joe_20080801_0127.pdf)

[Retour au Sommaire](#)

## **Réunions : REQUAMIP**

[Retour au Sommaire](#)

### **Ateliers débat**

**Maltraitance et bientraitance ? Le lien avec la V2010**

17/11/08, 17H00 –19H00Clinique de l'Union, Toulouse  
Contact: [sylvie.bizearriot@clinique-union.fr](mailto:sylvie.bizearriot@clinique-union.fr)

[Retour au Sommaire](#)

**Sociologie de la gestion des risques et risque juridique**

*Date et lieux à préciser*

Contact: [verger.david@claudiusregaud.fr](mailto:verger.david@claudiusregaud.fr)

[Retour au Sommaire](#)

**Journées d'Echanges Qualité**

**Fonction de gestionnaire global des risques / Ethique en psychiatrie**

17/11/08, 9H00 –17H00

*Lieu à préciser*

Contact: [lenepvou.s@clinique-chateau-seysses.fr](mailto:lenepvou.s@clinique-chateau-seysses.fr) [scharlier@clinique-castelviel.fr](mailto:scharlier@clinique-castelviel.fr)

[Retour au Sommaire](#)

**Mise en place du projet de l'usager en médico-social / Marketing de la qualité et de la sécurité**

27/11/08, 09H00 –17H00

ASEI Paul Dottin, Ramonville

Contact: [ana.tobajas@asei.asso.fr](mailto:ana.tobajas@asei.asso.fr) [aline.jammes@laposte.net](mailto:aline.jammes@laposte.net)

[Retour au Sommaire](#)

**Coûts de la non qualité/ Comment piloter avec les indicateurs**

05/12/08, 9H00 –17H00

Clinique des Cèdres, Cornebarrieu

Contact: [ecros@capio.fr](mailto:ecros@capio.fr)

[Retour au Sommaire](#)