

INFO en SANTÉ

lettre n° 7
décembre 2003

système d'information, stratégie, qualité



ÉDITORIAL B. GARRIGUES, G. VINCENTP. 1
CHIFFRES CLÉSP. 1
Pascal GAREL
REVUE BIBLIOGRAPHIQUEP. 9
P. DUJOLS

ARTICLE ORIGINALP. 4
PMSI et groupes de produits :
analyse de l'activité à l'aide d'une
méthode de regroupement de GHM :
les groupes d'activités (GA)
Dr Jean RUIZ

QUESTIONS D'ACTUALITÉP. 9
Nouvelles du PMSI
E. HORNUS
RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS .P. 10
BULLETIN D'INSCRIPTIONP. 10

CHIFFRES CLÉS

Dépenses de santé en Europe



L'OCDE produit chaque année un outil précieux de comparaison internationale en santé intitulé *Éco-Santé OCDE*. La version 2003, « Analyse comparative de 30 pays », est disponible sur CD-Rom en quatre langues (anglais, français, allemand et espagnol). Livré avec un logiciel convivial et très simple d'utilisation, il permet d'extraire des données et de construire sur mesure tableaux et graphiques. Cette douzième édition regroupe plus de 1 200 indicateurs. Les rubriques essentielles couvrent la période 1970 à 2000/2001 et, dans certains cas, les séries remontent jusqu'à 1960. La base de données est accompagnée d'une vaste documentation concernant la définition de chaque indicateur, les sources nationales et les méthodes d'évaluation. Une assistance technique et des mises à jour de la base sont fournies gratuitement *via* Internet à l'adresse : www.oecd.org/health/healthdata.



ÉDITORIAL

Parce qu'il est essentiel de connaître son environnement, national comme international, la rubrique Chiffres clés du présent numéro d'*Info en Santé* est consacré à la publication des données de l'OCDE relatives aux dépenses de santé dans le monde. Il est intéressant de constater que, dans les pays développés, la part des dépenses de santé dans le PIB continue de croître. Cette évolution semble inéluctable du fait des facteurs combinés de la demande des patients, du vieillissement de la population et de l'évolution des techniques médicales.

Il est également utile de rappeler que la santé constitue une production économique dont la valeur en France est généralement estimée aux alentours de 6 % du PIB. La France ayant, en 2001, consacré 9,5 % de son PIB aux dépenses de santé, on peut donc estimer son coût réel résiduel à 3,5 %.

Cette photographie économique des systèmes de santé est un indicateur essentiel qui ne doit cependant pas masquer la réalité. Derrière les chiffres, ce sont en effet les professionnels qui travaillent au quotidien avec dévouement et passion au service de patients qui méritent des soins de qualité.

Docteur Bernard GARRIGUES
Rédacteur en chef adjoint

Gérard VINCENT
Délégué général de la FHF

INFO en SANTÉ

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION Gérard Larcher
RÉDACTEUR EN CHEF Gérard Vincent
RÉDACTEUR EN CHEF ADJOINT Bernard Garrigues
COMITÉ DE RÉDACTION
Yann Bubien, Bruno Aublet-Cuvelier, Éric Lepage, Régis Beuscart,
Michel Calmon, Thierry Courbis, Pierre Dujols
SECRÉTAIRES DE RÉDACTION
Isabelle Hollinger, Laurence Mauté
MAQUETTE, FABRICATION, ÉDITION Héral
IMPRIMEUR Pharmapost
CORRESPONDANCE Yann Bubien y.bubien@fhf.fr

**Fédération
hospitalière
de France**

33, avenue d'Italie
75013 Paris
Tél. : 01 44 06 84 44
Fax : 01 44 06 84 45
E-mail : fhf@fhf.fr
Site : www.fhf.fr

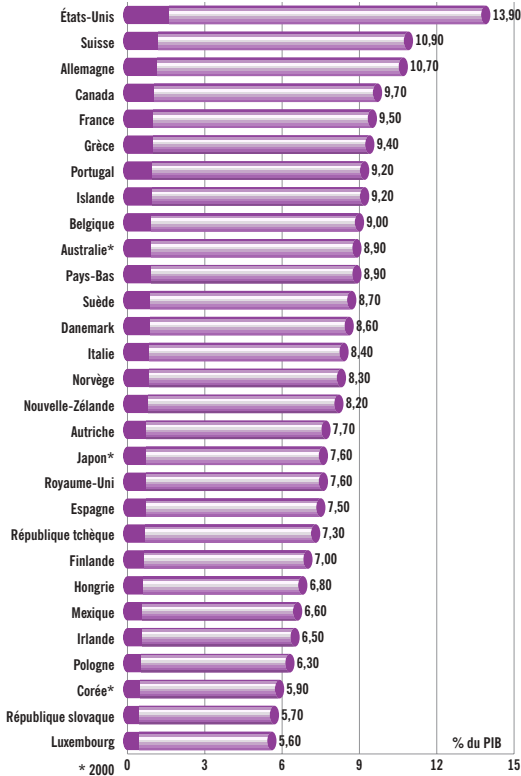


SUITE

Dépenses de santé en Europe

CHIFFRES CLÉS

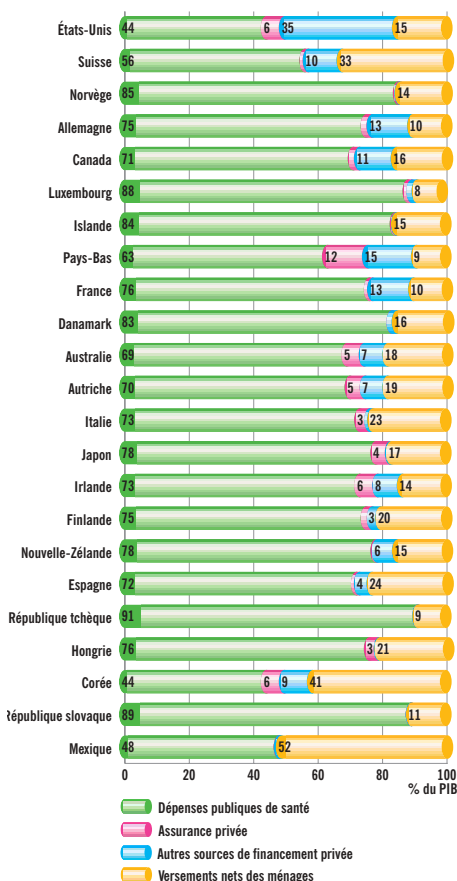
Graphique 1 Dépenses de santé en pourcentage du PIB, 2001



Les résultats de cette dernière édition et du *Panorama de la santé - Indicateurs de l'OCDE 2003*, édité également par l'OCDE, montre une croissance plus forte des dépenses de santé que de l'économie. En 2000 et 2001, les dépenses réelles de santé ont augmenté de 4 % par an en moyenne sur l'ensemble des pays de l'OCDE, alors que la croissance moyenne du PIB en termes réels était à peine de 2,3% par an. La part des dépenses de santé dans le PIB a donc augmenté, atteignant 8,4 % en moyenne en 2001 contre 7,3 % en 1990 et 5 % en 1970. Les États-Unis se trouvent au premier rang avec 13,9 % en 2001, contre 11,9 % en 1990 et 6,9 % en 1970. Suivaient en 2001 la Suisse et l'Allemagne, qui ont consacré respectivement 10,9 % et 10,7 % de leur PIB à la santé, puis le Canada et la France, avec respectivement 9,7 % et 9,5 % (graphique 1). En France, durant la décennie 1990, les dépenses de santé par habitant, en termes réels (hors inflation), ont progressé en moyenne de 2,2 % par an. Mais la hausse de celles-ci s'est ensuite fortement accélérée en 2000 et 2001, atteignant en moyenne 3,7 % sur cette période.

En 2001, le pourcentage des dépenses publiques de santé est identique à celui de 1990 : 72 % des dépenses totales de santé en moyenne pour l'ensemble de l'OCDE. Les 28 % restants ont été payés par des sources privées, essentiellement les assurances et les particuliers. Le volume et la composition des financements privés varient toutefois considérablement selon les pays. Aux États-Unis, 35 % du total des dépenses de santé ont été prises en charge par les assurances privées, 15 % seulement par les consommateurs. En Suisse, au contraire, 10 % seulement des dépenses totales de santé ont été financées par les assurances privées, tandis que 33 % étaient payées directement par les consommateurs (graphique 2). En France, 76 % des dépenses sont financées par des fonds publics, un chiffre supérieur à la moyenne des pays de l'OCDE mais inférieur à ceux des pays nordiques.

Graphique 2 Dépenses de santé par source de financement, 2000



Explications à cette augmentation des dépenses

Le développement et la diffusion des technologies médicales et des médicaments nouveaux figurent parmi les principaux facteurs de hausse des dépenses de santé. On assiste par exemple depuis vingt ans dans la plupart des pays de l'OCDE à une forte hausse des technologies diagnostiques telles que la tomodensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique (IRM). Le parc d'appareils d'IRM a augmenté particulièrement vite depuis dix ans, surtout en Suisse, en Autriche, en Islande et en Finlande (graphique 3).

Du fait de la mise sur le marché de nouveaux médicaments plus coûteux, les dépenses pharmaceutiques ont elles aussi progressé rapidement dans de nombreux pays depuis 1990. Elles ont doublé en termes réels en Suède et en Australie entre 1990 et 2001 ; dans le même temps, elles ont augmenté de plus de 70 % au Canada, en Finlande, en Irlande et aux États-Unis. La France est l'un des pays où les dépenses pharmaceutiques ont le plus progressé entre 1990 et 2001, passant de 16,9 % à 21 % du total des dépenses de santé. La croissance rapide de la pratique de certains actes chirurgicaux, tels que l'opération de la cataracte, les prothèses de la hanche et du genou, la chirurgie cardiaque, a été également un élément majeur.

Le nombre de pontages et d'angioplasties coronaires a fortement augmenté dans la décennie 1990, surtout dans les pays où ils étaient relativement peu pratiqués (comme l'Australie, le Danemark, la Hongrie, et la Suède en ce qui concerne l'angioplastie coronaire). En 2000, les taux de pontages et d'angioplasties coronaires aux États-Unis sont restés de loin les plus élevés. Ces différences de pratique des actes médicaux coûteux expliquent en partie les écarts qui existent entre les dépenses globales de santé des États-Unis et celles des autres pays (graphique 4).

Malgré la forte hausse de nombreux actes chirurgicaux dans les pays de l'OCDE, l'offre ne semble pas toujours avoir été à la hauteur de la demande. Des délais d'attente importants persistent pour la chirurgie non urgente dans un certain nombre de pays tels que le Royaume-Uni, les pays nordiques et l'Espagne.

Tentatives de maîtrise des dépenses hospitalières

Les mesures de maîtrise des coûts hospitaliers, associées au développement de la chirurgie ambulatoire, ont permis de réduire le nombre de lits d'hospitalisation dans presque tous les pays de l'OCDE. Ainsi, en moyenne, le nombre de lits de soins aigus pour 1 000 habitants a été ramené de 5,7 en 1980 à 4,0 en 2000, avec toutefois de grands écarts entre les pays : plus de 6 lits pour 1 000 habitants dans certains pays d'Europe (Luxembourg, République tchèque, Allemagne, Hongrie et Autriche), moins de 3 lits pour 1 000 habitants au Mexique, aux États-Unis, en Suède et en Finlande (graphique 5).

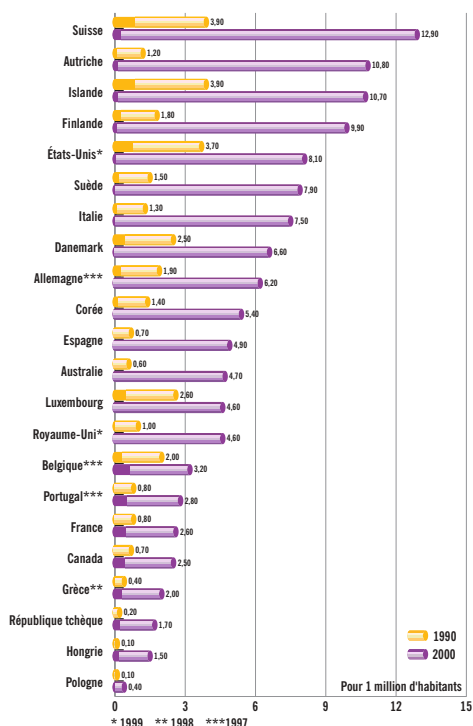
Parallèlement, la durée moyenne de séjour en soins aigus a connu une forte réduction. Elle était de 9,6 jours en 1985 pour atteindre 6,9 jours en 2000. Le recul a été particulièrement rapide pendant cette période dans les pays nordiques (Danemark, Finlande et Suède) et d'autres pays d'Europe comme la France et l'Autriche.

Risques pour la santé

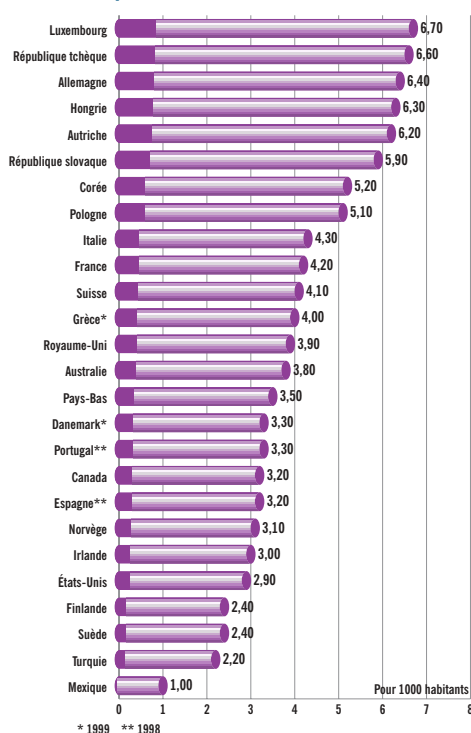
La mortalité prématurée (mesurée en années potentielles de vie perdues) a été en moyenne divisée par deux dans les pays de l'OCDE depuis trente ans, du fait notamment d'une forte réduction de la mortalité due à des maladies cardio-vasculaires. En 2000, aux États-Unis, la mortalité prématurée est restée beaucoup plus élevée que la moyenne de l'OCDE : 21 % de plus pour les hommes, 34 % de plus pour les femmes.

La consommation de tabac, étroitement reliée à la mortalité par cancer du poumon, a diminué dans de nombreux pays de l'OCDE depuis vingt ans. En revanche, les taux d'obésité ont augmenté dans tous les pays. Ils ont plus que doublé depuis vingt ans dans des pays comme l'Australie et les États-Unis, triplé au Royaume-Uni. En Australie et au Royaume-Uni, plus de 20 % de la population adulte est obèse. Au début des années 1990, 23 % des adultes américains étaient obèses. Dix ans plus tard, le pourcentage atteignait 31 %. Les taux d'obésité sont beaucoup plus faibles en Europe continentale, mais ils sont en augmentation. Le délai qui s'écoule entre l'apparition de l'obésité et les problèmes de santé qui en résultent (tels le diabète, l'hypertension, les maladies cardio-vasculaires et l'asthme) laisse prévoir une augmentation des dépenses de santé dans l'avenir. ■

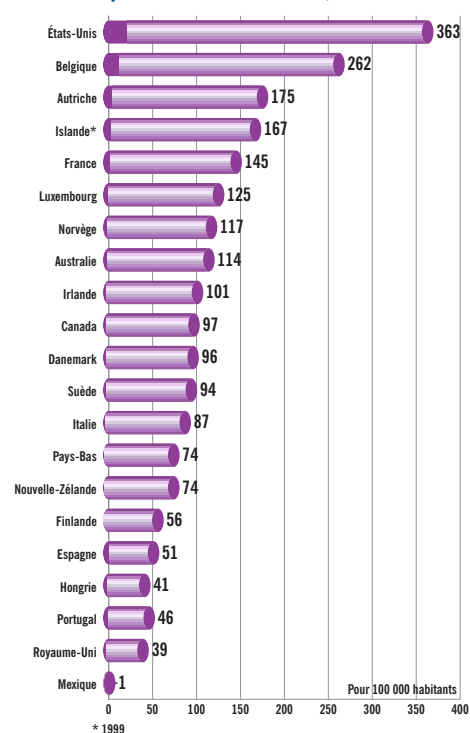
Graphique 3
Augmentation du nombre d'unités d'IRM, 1990 et 2000



Graphique 4
Nombre de lits de soins aigus pour 1 000 habitants, 2000



Graphique 5
Nombre d'angioplasties coronaires pour 100 000 habitants, 2000



PMSI et groupes de produits

Analyse de l'activité à l'aide d'une méthode : les groupes d'activité

DR JEAN RUIZ

Chef de service Informatique, DIM

DR MICHEL CLÉMENT

Médecin inspecteur régional adjoint

DRASS Midi-Pyrénées

L'algorithme du groupeur, qui assure la répartition des séjours en CMD et GHM, obéit à des critères médico-économiques. La classification par GHM regroupe des pathologies ayant des coûts et des processus de soins comparables. Le GHM n'est pas représentatif de l'activité d'un service ou d'une spécialité, mais d'une hospitalisation court séjour. Ainsi, il est difficile d'établir une correspondance exacte entre les GHM du PMSI et l'activité des spécialités médicales d'un établissement.

En règle générale, le logiciel groupeur répartit les séjours dans des CMD, à partir du diagnostic principal retenu pour l'ensemble de l'hospitalisation. Ces listes d'entrée de diagnostic par CMD reposent sur une classification anatomique (neurologie, pneumologie...), étiologique (traumatismes...) ou physiopathologique (maladies endocriniennes...) et non selon la spécialité médicale ou chirurgicale dont relève l'affection.

Une CM particulière, la CM 24, regroupe toutes les séances et hospitalisations d'un jour, de nouvelles CMD ont été créées pour les polytraumatismes, les VIH, les transplantations d'organes.

Dans l'algorithme de classification en GHM, est ensuite recherchée, au sein du séjour, l'existence d'actes dits « classants », essentiellement chirurgicaux ou obstétricaux (moins de 200 sont des actes médicaux) ; est ainsi privilégiée la chirurgie sur la médecine.

Dans le cas d'une prise en charge complexe, patient présentant plusieurs pathologies relevant de spécialités différentes et transféré dans plusieurs services pour une même hospitalisation, un seul GHM, pour l'instant, caractérise le séjour. La pédiatrie est peu individualisée en dehors des nouveau-

nés ; de même, il n'existe pas à ce jour de GHM de réanimation. Les complications endocriniennes sont classées dans les CMD des appareils anatomiques atteints : rétinopathies diabétiques dans les affections de l'œil...

Ainsi, la plupart des spécialités médicales qui ne sont pas des spécialités d'organe sont difficiles à individualiser à l'aide des GHM. Par contre, même si tous les actes réalisés au bloc opératoire n'entraînent pas un classement systématique du séjour dans un GHM chirurgical, les activités des différentes spécialités chirurgicales, pour la plupart des spécialités d'organe, sont mieux décrites par le PMSI.

Sous réserve de ces remarques, le PMSI permet une comparaison des pathologies, fruste mais homogène, entre établissements. Cette classification sans cesse adaptée sur le plan économique grâce à l'étude nationale de coûts par GHM est utilisée partout pour une meilleure répartition des enveloppes budgétaires. Une future classification en GHM (Efp) devrait apporter des améliorations dans la description des séjours complexes.

Cette généralisation a pour conséquence une application obligatoire de l'outil, seule base de données médicales utilisée sur le

plan national, et une demande croissante des décideurs financiers d'utiliser ces données disponibles pour des objectifs différents :

- répartitions budgétaires internes à l'établissement, réalisation de budgets de service... ;
- orientation des stratégies d'établissement, à la fois dans le recrutement des différents praticiens, dans l'acquisition des équipements, dans le renforcement ou la diminution des moyens des différentes unités de soins ;
- redistribution des activités au niveau du secteur sanitaire (contrats d'objectifs et de moyens)... ;
- évaluation de la qualité à partir du PMSI (cf. *Sciences et Avenir*).

Les états par GHM (environ 600 groupes) apparaissent trop détaillés et trop complexes à des non-médecins ; de plus, ils ne permettent pas d'avoir une vision synthétique de l'activité d'un établissement.

Devant la multiplicité des objectifs recherchés (qui demande quoi, dans quels buts ?), les données du PMSI peuvent être utilisées de façons très diverses.

Schématiquement, on peut distinguer, selon les objectifs et le niveau de granularité souhaité (analyse détaillée des données de base ou synthèse par regroupements de GHM), deux types de traitements :

Mode de regroupement de GHM : Spécialité (GA)

- **Retraitements et/ou regroupements des informations de base des RSA :** diagnostics (17 880 dans la CIM 10), actes (9 460 dans le CdAM, 7 230 dans la CCAM), âges, codes postaux...

Ces retraitements peuvent porter sur les RUM ou sur les RSS-RSA, selon que l'analyse est interservices (interne à l'établissement) ou interétablissements. Il s'agit le plus souvent de travaux spécifiques, portant sur un champ restreint d'une activité, par exemple individualisation par discipline des actes du CdAM réalisables en ambulatoire, liste de diagnostics marqueurs d'une prise en charge d'oncologie, de réanimation...

- **Regroupements de GHM ; réalisation de groupes de produits :**

- par CMD : pathologies classées par organe, maladies de système, physiopathologie ou par type d'hospitalisations ; il s'agit de la classification de base (officielle) du PMSI ;

- par groupes fonctionnels (intraCMD) : regroupements de GHM à l'intérieur de chaque CMD autour de modes de prise en charge : lourdeur, technicité. Ils sont utilisés dans l'algorithme du groupeur, sous l'appellation de DxCat, permettant le groupement de séjours contenant un diagnostic ou un acte appartenant à une liste répondant à une « caractéristique » de prise en charge. Il s'agit des groupes fonctionnels, ou groupes de préGHM.

Par exemple, pour la CMD 1, Affections du système nerveux, existent les DxCat chirurgicales suivantes :

- craniotomie,
- intervention sur le rachis,
- intervention sur le système vasculaire extra-crânien,

- libération du canal carpien,
- autre intervention de la CMD 01.

Leur nombre ayant augmenté au cours des versions successives de la classification, en raison de la segmentation de certains GHM en fonction des CMA, CMAS, âges..., cette méthode de regroupement de GHM en groupes fonctionnels a perdu son caractère synthétique. De ce fait, nous avons abandonné cette classification.

- par groupes d'activité (interCMD) : regroupements de GHM, quelle que soit leur CMD d'origine, par spécialité médicale de prise en charge, par équipements ou niveau de plateau technique nécessaires ;
- autres regroupements de GHM régionaux : G-GHM, OAP, case-view, GAC...

La demande est à visée stratégique (CME, directeur, ARH), soit interne à l'établissement, soit externe, comparative entre établissements d'un même secteur sanitaire ou de la région : quels sont les équipements installés, les spécialités exercées, et donc la relation entre offre de soins et activité constatée.

Trois questions se posent :

- Quel niveau de granularité dans la description souhaite-t-on ?
- Les regroupements existants conviennent-ils pour mettre en évidence les spécificités recherchées : spécialités, technicité, lourdeur... ?
- Partage-t-on la distribution des GHM au sein de ces différents groupes ? Ces regroupements ne sont jamais parfaits. Ils respectent au minimum la classification en GHM et donc un équilibre entre description des pathologies traitées et explication de la variance des coûts. Leurs méthodologies varient selon les objectifs recherchés, ils sont complémentaires.

L'outil PMSI n'est pas conçu pour répondre à tous ces objectifs, mais il constitue le seul recueil homogène, national, disponible, de l'information médicale.

La demande est réelle, la pression économique s'intensifie tous les jours, la tarification à la pathologie (T2A) débute en 2004.

Par contre, le PMSI MCO ignore totalement la notion d'urgence, tâche qui devrait dans le futur être résolue par le PMSI urgences et les GPU. Ainsi, notre système sanitaire reste toujours le seul secteur de production dans lequel on continue à ignorer ce qui est réalisé en programmé, en urgence, en semaine, la nuit, les dimanche ou jours fériés. Nous savons tous ce que coûte la permanence des soins. Dans le cadre de la T2A, cet écueil est majeur.

Il est nécessaire de connaître ces limites, et de les rappeler à ceux qui utilisent ces travaux.

Méthodologie

Objectifs des groupes d'activité

Présenter le case-mix de l'établissement en regroupant les GHM de manière :

- synthétique : une page, un seul niveau de regroupement ;
- logique et compréhensible par des médecins ou des gestionnaires ;
- hiérarchisée selon plusieurs axes :
 - niveaux de technicité, d'équipement,
 - disciplines : chirurgie, obstétrique, médecine,



PMSI et groupes de produits

- en respectant dans chaque discipline la séparation GHM chirurgicaux et médicaux du groupeur.

Cette classification, dont l'objectif premier est de procurer une vision de synthèse du case-mix, a pour particularité de ne présenter qu'un seul niveau. Ainsi, dans le même GA sont rassemblés des GHM de diverses CMD, ambulatoires ou autres, selon la spécialité d'exercice, la technique utilisée, le degré de lourdeur du plateau technique. Par exemple, au sein du groupe d'activité n° 6 Orthopédie-Traumatologie se trouvent réunis des GHM de la CMD 1, de la CMD 8, de la CMD 21, de la CMD 26 et de la CM 24 car leur prise en charge relève le plus fréquemment de la discipline orthopédie traumatologie.

Ces groupes d'activités (interCMD) ne respectent plus la classification par CMD mais regroupent les GHM :

- par type d'activité : chirurgie et obstétrique d'une part, médecine d'autre part ;
- par lourdeur de plateau technique : transplantations, chirurgie cardiothoracique, neurochirurgie ;

- par dépendance matérielle : stimulateurs cardiaques, hémodialyse ;
- une place particulière est réservée aux naissances, accouchements, césariennes et nouveau-nés : activités de type mère/enfant.

Ils permettent une présentation synthétique : 40 groupes :

- 16 pour les activités de chirurgie/obstétrique ;
- 21 pour les activités de médecine ;
- 1 pour les activités associées à l'anesthésie ambulatoire (version 2003) ;
- 1 pour les GHM 901 (incompatibilité acte et diagnostic principal) ;
- 1 pour la CM 90 (hors GHM 901).

Ils reprennent les anciens GHM (***) , offrant la possibilité de comparaisons pluriannuelles de l'activité.

Pour répartir les GHM dans ces GA, nous avons utilisé la méthodologie suivante :

- Classement par fréquence décroissante au sein de chaque GHM :
 - des diagnostics principaux ;
 - des diagnostics associés ;
 - des actes classants et non classants.

- Répartition des GHM dans les groupes d'activités en fonction :

- des diagnostics les plus fréquents pour les GHM médicaux dans les spécialités médicales ;
- des actes les plus fréquents pour les GHM chirurgicaux dans les spécialités chirurgicales et obstétricales ;
- des actes les plus fréquents pour les GHM matériels dépendants.

- Ces traitements ont d'abord été réalisés à partir de la base des RSA de la région Midi-Pyrénées, et la classification validée par le comité technique régional de l'information médicale de Midi-Pyrénées (COTRIMP).

- Un traitement identique a été effectué sur les données de la base nationale, au CTIP, aujourd'hui l'ATIH ; nous tenons à en remercier leurs auteurs (Dr Bensadon et coll.). Ces classements par fréquence décroissante des diagnostics principaux, des diagnostics associés et des actes classants et non classants sont consultables sur le site du CTIP : <http://www.le-pmsi.org> : « Des chiffres et des cartes/Statistiques par GHM ».

TABLEAU 1 - Groupes d'activités chirurgicaux et obstétricaux

N°	Type	Libellé des GA chirurgicaux et obstétricaux	Nombre et n° des GHM
1	Chir	Transplantations d'organes (hors greffes de moelle : GA 32)	05 = -116-151-279-280-429
2	Chir	Neurochirurgie, chirurgie du rachis (hors traitements orthopédiques GA 20 et 23)	08 = -001-002-003-004-039-301-302-413
3	Chir	Chirurgie cardiothoracique (hors transplantation cardiaque : GA 1)	14 = -113-114-115-143-152-153-154-155-156-157-169-170-171-172
4	Chir	Chirurgie vasculaire « périphérique », amputations pour troubles vasculaires, métaboliques	11 = -005-150-158-159-160-161-162-167-168-404-765
5	Chir	Stimulateurs cardiaques (hors CM 24 : qq actes dans GA 16, GHM 705)	04 = -163-164-165-166
6	Chir	Orthopédie, traumatologie de l'appareil locomoteur, chirurgie des nerfs périphériques	36 = -006-007-008-294-295-296-297-298-299-300-303-304-305-306-307-308-309-310-311-312-313-314-315-316-317-318-319-320-357-638-701-708-761-768-769-770
7	Chir	Chirurgie viscérale	38 = -211-212-213-214-215-216-217-218-219-220-221-222-223-224-225-226-227-228-229-230-231-232-233-234-374-406-407-411-412-414-426-566-567-569-576-706-766-767
8	Chir	Chirurgie hépato-biliaire et pancréatique	14 = -267-268-269-270-271-272-273-274-275-276-277-291-292-707
9	Chir	Chirurgie urologique	14 = -430-431-432-435-436-437-438-439-440-441-442-468-711-771
10	Chir	Chirurgie appareil génital masculin	19 = -433-434-474-475-476-477-478-479-480-481-482-483-484-485-499-501-712-772-773
11	Chir-Gyn	Chirurgie gynécologique, sein	24 = -368-369-370-371-372-373-504-505-506-507-508-509-510-511-512-513-514-515-516-528-713-774-775-776
12	Chir-Obst	Obstétrique : accouchements, césariennes	10 = -530-531-532-533-535-536-537-538-539-540
13	Chir-Obst	Obstétrique avec acte (hors accouchements, césariennes) IVG instrumentales, ambulatoire	04 = -534-545-714-777
14	Chir	Chirurgie ophtalmologique	09 = -048-049-050-051-052-053-054-702-762
15	Chir	Chirurgie ORL, stomato, thyroïde et parathyroïde	23 = -068-069-070-071-072-073-074-075-076-077-078-079-080-081-082-083-084-408-409-410-703-763-764
16	Chir	Chir. diverses et actes : traumatologie, brûlures, greffes, peau/sein/anus, VIH, séances...	40 = -364-365-366-367-375-376-377-405-568-578-579-580-581-582-583-600-601-615-636-637-639-640-642-656-657-660-661-669-683-704-705-709-710-716-717-718-719-721-722-723
19	Chir	Séjours inclassables : GHM 901 Actes sans relation avec le diagnostic principal	05 = -896-897-898-899-901

- Chaque évolution de la classification des GHM crée de nouveaux GHM; dans ce cas, et en l'attente de la publication par l'ATIH de la distribution des diagnostics et actes sur la base nationale, ces nouveaux GHM sont affectés dans les GA à dire d'expert.

Résultats

L'utilisation de ces groupes d'activités par l'ARH Midi-Pyrénées pour présenter l'activité des établissements publics et privés de la région est visible sur le site de l'ARH (www.arhmip.fr).

Ces regroupements en GA peuvent être uti-

lisés, soit directement sur l'ensemble des RSA (*tableau ci-dessous*), soit sur des sous-ensembles de séjours, en fonction des objectifs recherchés (*exemple ci-dessous*).

Exemple d'utilisation particulière des GA : activités MCO et pédiatrie

Cette classification permet, à l'aide de retraitements simples des RSA, de dissocier de façon synthétique, au sein de chaque établissement, les activités en trois groupes : médecine, chirurgie, obstétrique (au sens mère/enfant) et pédiatrie :

- Sélection des activités mère/enfant et pédiatrie (pôle mère/enfant) :
 - obstétrique : GA 12, 13 ;
 - éventuellement la chirurgie gynécolo-

gique et la sénologie (GA 11) si ces pathologies sont traitées par ce pôle mère/enfant ;

- gynécologie obstétrique : GA 28 ;
- nouveau-nés, prématurés, enfants de moins de 121 jours : GA 29 ;
- en complétant par une sélection, au sein des GA restants, des séjours pour les moins de 16 ans (activité de pédiatrie hors nouveau-nés) :
 - chirurgie pédiatrique : GA 1 à 10 et GA 14 à 19,
 - pédiatrie : GA 20 à 27 et GA 30 à 41.
- Sélection des activités de chirurgie non infantile (pôle chirurgie adultes) :
 - groupes d'activités : GA 1 à 19, après exclusion :

TABLEAU 2 - Groupes d'activités médicaux, anesthésie ambulatoire

N°	Type	Libellé des GA médicaux et traitements orthopédiques	Nombre et n° des GHM
20	Med	Neurologie, traitements orthopédiques du rachis	38 = -009-010-011-012-013-014-015-016-017-018-019-020-021-022-023-024-025-026-027-028-029-030-031-032-033-034-035-036-037-038-040-041-042-043-044-045-046-801
21	Med	Pneumologie	25 = -119-120-121-122-123-124-125-126-127-128-129-130-131-132-133-134-135-136-137-138-139-140-141-142-804
22	Med	Cardiologie	28 = -118-178-179-180-181-182-183-184-185-186-187-188-189-190-191-192-193-194-195-196-197-198-199-200-201-202-805-886
23	Med	Rhumatologie, traumatismes, infections, traitements orthopédiques de l'appareil locomoteur	27 = -335-336-337-338-339-340-341-342-343-344-345-346-347-348-349-350-351-352-353-354-355-356-358-644-645-646-808
24	Med	Hépatogastro-entérologie	27 = -246-247-248-249-250-251-252-253-254-255-256-257-258-259-260-261-262-284-285-286-287-288-289-290-293-806-807
25	Med	Diabète, maladies métaboliques, endocrinologie (hors complications)	11 = -418-419-420-421-422-423-424-425-427-810-839
26	Med	uro-néphrologie (hors dialyses : GA 37)	21 = -450-452-453-454-455-456-457-458-459-460-461-462-463-464-465-466-467-469-471-811-887
27	Med	Appareil génital masculin	07 = -494-495-496-497-498-500-812
28	Med-G-O	Gynécologie-obstétrique (avortements « non instrumentaux »), sénologie	17 = -388-389-390-524-525-526-527-541-542-543-544-546-547-548-549-813-814
29	Néo-Nat	Nouveau-nés, prématurés, affections de la période périnatale (< 121 jours)	30 = -556-557-558-559-560-561-562-815-858-859-860-861-862-863-864-865-866-867-868-869-870-871-872-873-874-875-876-877-878-879
30	Med	Ophthalmologie	07 = -059-060-061-062-063-064-802
31	Med	ORL et stomato	16 = -094-095-096-097-098-099-100-101-102-103-104-105-106-107-803-885
32	Med	Maladies immunitaires, du sang, des organes hématopoïétiques, greffes de moelle	18 = -564-565-570-571-572-573-574-575-577-584-589-590-591-596-597-816-817-827
33	Med	Fièvre, infection, septicémie	10 = -602-604-605-606-607-608-609-610-611-818
34	Med	Psychiatrie, toxicologie, intoxications, alcool	19 = -618-619-620-621-622-623-624-625-626-627-629-630-631-632-633-634-635-819-820
35	Med	Surveillance d'état pathologique connu, suivi thérapeutique, rééducation	05 = -594-595-670-673-674
36	Med	Chimiothérapie et radiothérapie avec et sans séances ; autres séances sans acte	14 = -585-586-587-592-593-681-682-684-685-686-687-688-689-690
37	Med	Dialyse, épuration extra-rénale, y compris séances	03 = -451-470-680
38	Med	Décès, transferts immédiats	03 = -662-880-890
39	Med	Divers sans acte : traumatismes, brûlures, symptômes, intoxications, allergies...	33 = -385-386-387-391-392-393-394-395-396-397-398-643-647-648-649-650-651-652-653-654-655-658-659-663-664-671-672-675-809-821-822-823-831
40	Med	VH sans acte	06 = -598-599-612-613-614-838
41	Anesth	Anesthésie ambulatoire, sans acte « opératoire » des CMD 8, 9, 13, 17, 23, endoscopies...	06 = -830-833-834-835-836-837
45		Erreurs hors GHM 901	07 = -900-902-903-904-908-909-910



- des séjours pour les moins de 16 ans ;
- des GA 12, 13 (pôle mère/enfant) et éventuellement du GA 11 s'il est rattaché au pôle précédent.

Dans le cas où la chirurgie gynécologique est réalisée dans ce pôle chirurgie, il suffit d'enlever le GA 11 du pôle mère/enfant et de le rattacher au pôle chirurgie adultes pour les interventions sur les plus de 15 ans.

- Sélection des activités de médecine non infantile (pôle médecine adultes) :
 - groupes d'activités : GA 20 à 41, après exclusion :
 - des séjours pour les moins de 16 ans,
 - des GA 28 et 29.

Remarques

- Cette segmentation en activités et pôles de médecine, chirurgie, gynécologie/obstétrique/pédiatrie (mère/enfant), selon l'âge d'une part, les groupes d'activités correspondants d'autre part, peuvent et doivent être adaptés à l'organisation interne de chaque établissement. Dans l'exemple, seul le choix de la localisation de la chirurgie gynécologique est envisagé. Dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A), une réflexion de ce type s'impose à chaque établissement : comment apprécier, même approximativement, la relation entre séjours, journées et activité PMSI (au sens ISA ou tarification) ?
- On retrouve dans cette segmentation les difficultés liées à l'affectation par le groupeur de prises en charge chirurgicales (réductions orthopédiques...) classées dans des GHM médicaux en traumatologie, en neurochirurgie, ainsi que la nécessité d'examiner le contenu du GA 41 : anesthésies ambulatoire.
- Il faut également tenir compte de l'ensemble des remarques effectuées en introduction pour certaines spécialités non ou mal individualisées par le groupeur : complications endocriniennes, réanimation. Ces prises en charge peuvent toutefois être individualisées par sélection de diagnostics ou d'actes marqueurs.
- Nous rappellerons également pour mémoire le problème des séjours multi-services : les urgences.

Discussion

Limites de cette classification

- **Liées à l'outil PMSI-groupeur** : la notion d'acte chirurgical du groupeur exclut les réductions orthopédiques. Ce problème se rencontre dans tous les regroupements de GHM.
- **Liées à la méthode** : les choix d'utiliser un nombre de groupes restreint pour cette classification en GA et la partition sur un seul niveau ont obligatoirement pour inconvénient de ne pas dissocier, au sein de chaque GA, la lourdeur des GHM inclus. Toutefois, sont différenciées quelques activités de type plateau technique lourd : GA 1, 2, 3, ou de type matériels ou équipements dépendants : GA 36, 37.

Avantages

À l'inverse, le faible nombre de groupes offre une vision très synthétique des activités et permet d'identifier très facilement la typologie des établissements et la part respective des pathologies prises en charge. De plus, il est facile de repérer des séjours anormaux par type d'établissement, mais également de comparer le contenu des groupes d'activités à la démographie médicale et aux équipements installés corres-

pondants. Enfin, l'exemple ci-dessus (activités MCO) montre l'adaptabilité de la méthode à des traitements spécifiques et aux organisations locales.

Conclusion

Si l'objectif de présentation simplifiée est atteint, la prise en compte de la lourdeur des prises en charge au sein des groupes nécessite des travaux complémentaires ou le rapprochement avec d'autres classifications. Nous attendons la diffusion de la version Efp pour mesurer la possibilité de réutiliser les DxCat du groupeur, car cette définition de préGHM permettait une bonne compréhension de la classification et du poids respectif des GHM. De même, l'utilisation de la CCAM et la publication des ICR devraient permettre d'avancer dans cette direction. La diversité des regroupements de GHM existants montre les multiples possibilités d'exploitation du modèle PMSI. Ces classifications ne sont ni officielles ni parfaites. Elles ont pour objectif d'améliorer la présentation des informations. Elles sont susceptibles de modifications. Toutes les remarques sont les bienvenues. ■

Références

- P. Rebuffel, H. Carmona, L. Durif, C. Lucas, C. Michel, Y. Pinier, C. Soutif, J. Villeminot, « Les groupements de GHM », *Info en Santé, lettre n° 4*, janvier 2003.
- Buronfosse, P. Duportail, A. Delhommeau, S. Martin, E. Lepage, « OAP », *Info en Santé, lettre n° 1*, avril 2002.
- Ph. Cormier, V. Archaimbault, M. Broca, V. Buhaj, J.-P. Darracq, V. Gilleron, P. Gossare, M. Hajjar, « Modèle aquitain des GHM : les GAC », congrès d'information médicale du Grand Sud, Aix-en-Provence, 21 et 22 juin 2001.
- Dr Buronfosse, Dr Discazeaux, Pr Lepage, « OAP : outil d'analyse PMSI élaboré à des fins de planification pour le COTRIM Île-de-France », *La Lettre d'informations hospitalières. Lettre des systèmes d'information médicalisés*, 2000 ; p. 36.
- P. Rebuffel, M. Arenaz, L. Durif, C. Lucas, C. Michel, Y. Pinier, C. Soutif, « Lecture synthétique de l'activité hospitalière : les G-GHM », *Gestions hospitalières*, juin/juillet 1999, pp. 402-408.
- P. Levy, « Le case-view, une méthode de visualisation du case-mix », *Journal d'économie médicale*, 2002, vol 20, n° 2, pp.118-127.
- J. Ruiz, « Les regroupements de GHM : inventaire, différences, problèmes et limites », communication aux journées Émois, Nancy, mars 2000.
- F. Paccaud, L. Schenker, DRG (Diagnosis Related Groups), « Perspectives d'utilisation », *Médecine et Société, Économie médicale*, 1999, n° 144.
- Agence technique de l'information hospitalière (ATIH) : <http://www.le-pmsi.fr>
- Agence régionale de l'hospitalisation de Midi-Pyrénées : <http://www.arhmip.fr>

QUESTIONS D'ACTUALITÉ

Nouvelles du PMSI

Dr E. HORNUS

L'année 2004 va voir l'avènement d'une nouvelle version de la classification des GHM, la version 9. Ce sera l'occasion de très profondes modifications dues en particulier à l'impact T2A. L'extériorisation d'un certain nombre de coûts (dispositifs médicaux implantables et médicaments coûteux) devrait rendre plus homogènes certains GHM. Les séjours très longs ou très courts se verront affectés des corrections tarifaires. Les GHM ambulatoires ne pourront faire l'objet d'un GHS facturable que pour certains d'entre eux, les autres séjours étant considérés comme des actes externes. Les séjours correspondant aux dialyses et aux IVG seront tarifés selon des normes spécifiques. Mais les modifications les plus marquantes concernent la réanimation, les GHM « ambulatoires » et la numérotation des GHM. Les séjours comportant des actes marqueurs de réanimation se déroulant dans des unités fonctionnelles repérées comme les réalisant habituellement feront l'objet d'une tarification spéciale. Un effort tout particulier devra donc être entrepris dans ces unités pour recueillir l'exhaustivité de ces actes, recueil effectué en CCAM. Les GHM ambulatoires (CM 24) étaient représentés par les séjours de moins de 24 heures. Désormais, ce sera de CM 48 qu'il faudra parler puisque cette entité est étendue aux séjours de moins de 48 heures. Cette réforme permettra de rendre plus attractif au plan financier les séjours réellement ambu-

latoires puisque mélangés à des séjours plus longs, leur coût théorique et donc leurs tarifs devraient être réévalués. Par ailleurs, cette réforme devrait rendre plus homogènes les autres séjours. Enfin, la suppression de la notion d'âge dans de nombreux GHM et la plus grande référence aux morbidités modifient un très grand nombre de GHM. Ce sera l'occasion d'une renumérotation des GHM qui devrait être plus logique. En tout état de cause, c'est à un très important remaniement que l'on va assister, remaniement qui rendra difficiles les comparaisons dans le temps, mais fournira une classification plus fiable et plus adaptée à la tarification. La CCAM semble être prise en compte de façon tout à fait sérieuse dans les établissements. Les outils d'aide au codage, à l'exemple de Pauline (réalisé par l'ATIH), font florès et comme prévu ont donné l'exemple aux logiciels médicaux. Ceci va permettre de former sur des outils réels les acteurs du codage, la majorité des établissements ayant choisi le 1^{er} janvier 2003 pour opérer le basculement. Il s'agit d'une double révolution puisque, à la nouvelle classification, doit s'associer un codage décentralisé, voire une saisie directe par les réalisateurs des actes. Le PMSI psychiatrie avance aussi bien qu'on en parle moins. Une exploitation de l'expérimentation 2002/2003 est en cours, exploitation qui devrait aboutir sur un outil plus fiable et plus pratique en vue d'une utilisation tarifaire. ■

P. Dujols

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE



Jean-Marie Fessler et Pierre Frutiger
La Tarification hospitalière à l'activité : éléments d'un débat nécessaire et propositions
Lamarre, 2003

Le financement des structures de soins, la répartition des financements entre structures publiques

et structures privées, l'apparent dilemme maîtrise des coûts/qualité des soins soulèvent des questions et des débats depuis de nombreuses années. La T2A, tarification à l'activité, doit être le socle d'un nouveau mode de financement. Les auteurs, dont l'expérience, la sagacité et souvent la justesse de vue sont connues et appréciées dans l'univers des économistes de la santé et des gestionnaires de l'information médicale, ont réalisé un ouvrage en tout point remarquable, scrutant les attendus et sous-entendus de cette réforme. Un livre à lire absolument !

Site Web

Pour une connaissance de l'état de la télémédecine en France :
www.observatoire-telesante.sante.gouv.fr



Emmanuel Vigneron.
Préface de Claude Evin.
Pour une approche territoriale de la santé
2003, Datar/Aube
Bibliothèque des territoires.

Emmanuel Vigneron.
Préface de Jacques Barrot.
Santé et territoire : une nouvelle donne
2003, Datar/Aube
Bibliothèque des territoires.



L'aménagement sanitaire de la France n'est pas qu'une affaire de cœur. C'est au risque de voir disparaître les effets d'une solidarité entre générations et entre régions, une exigence républicaine de justice sociale. Guidée par le bon sens économique, la décentralisation est nécessaire pour une gestion des risques en santé proche

de la population. Mais quelles valeurs et quels principes doivent réguler la régionalisation sanitaire à venir ?

Ces questions sont abordées dans deux ouvrages collectifs dirigés par le Pr Emmanuel Vigneron.

Emmanuel Vigneron est professeur d'aménagement à l'université Montpellier-III et secrétaire de l'Association des anciens auditeurs de l'Institut des hautes études de l'aménagement du territoire. Auteur de nombreux ouvrages consacrés à la géographie de la santé, il a réuni un groupe composé des meilleurs experts du domaine, chercheurs, praticiens et décideurs de terrain issus de toutes les régions françaises.

APPEL À COMMUNICATION ET RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

La Lettre *Info en Santé*, système d'information, stratégie, qualité s'adresse en priorité aux DIM, directeurs, DSIO, DAF, présidents de CME des établissements de santé, ainsi qu'aux services des ARH, DRASS, DDASS, Assurance Maladie et plus généralement à toutes les personnes intéressées. Cette lettre publie des analyses, études, points de vue ayant trait aux systèmes d'information des établissements de santé, aux indicateurs quantitatifs et qualitatifs d'activité, de stratégie, d'organisation sanitaire, etc.

Manuscrits

Les manuscrits doivent être envoyés à la rédaction en deux exemplaires, texte, tableaux et figures compris. Ils seront dactylographiés en double interligne, recto seul, sur du papier 21 x 29,7 cm, leurs pages numérotées.

Figures, tableaux et dessins seront disposés en fin de document, avec changement de page pour chacun. Chaque figure, tableau ou dessin doit être titré et sa source (mention de l'origine du document et de l'année de référence) indiquée en pied de document. Exemple : CHU de Nantes, 1999.

Support informatique

Tout manuscrit doit être doublé d'un support informatique. Il peut être envoyé soit par e-mail en fichier joint « .doc » (compatibilité PC) à l'attention de Yann Bubien : y.bubien@fhf.fr accompagné d'un message de présentation mentionnant notamment les coordonnées de l'auteur (adresse postale, tél. et fax), soit adressé par disquette accompagnant le manuscrit à la rédaction. Les manuscrits devront être saisis de préférence par un logiciel de traitement de texte Word pour PC.

Le fichier joint sera nommé sous le nom de l'auteur du document.

La disquette mentionnera le nom du(des) fichier(s) qui comprend(nent) l'article (les tableaux), le logiciel utilisé et le système d'exploitation.

Enregistrez votre texte sur un fichier et vos tableaux (n'utilisez pas de trame) sur un ou plusieurs autres fichiers.

Présentation des textes

La Lettre *Info en Santé* comporte plusieurs rubriques ouvertes aux auteurs extérieurs :

- Articles originaux

- Points de vue

- Correspondances

Sauf accord de la rédaction, les manuscrits ne doivent pas excéder, bibliographie et iconographie comprises :

- 20 pages dactylographiées pour les articles originaux

- 5 pages dactylographiées pour les points de vue

- 1 page dactylographiée pour les correspondances.

Ils comportent :

> **Une page titre** donnant le titre de l'article, aussi court et précis que possible, les prénoms, nom du ou des auteurs, les fonctions et lieux d'exercice professionnel, l'adresse et les coordonnées du responsable de la correspondance.

> **Une introduction courte**, permettant au lecteur, même non-spécialiste, de connaître l'orientation et l'étendue de l'article.

> **L'exposé** : si un paragraphe est particulièrement long, prévoir des intertitres pour faciliter la lecture (trois niveaux d'intertitres maximum).

> **Une bibliographie** se limitant aux titres essentiels (vingt au maximum, sauf accord du comité de rédaction). Les références sont appelées dans le texte et classées suivant l'ordre d'apparition.

Les références doivent indiquer :

- **Pour les périodiques** : nom du ou des auteurs (en caractères courants) suivi de l'initiale du ou des prénoms (conformément à la convention de Vancouver on indiquera le nom de tous les auteurs si leur nombre est égal au plus à six ; au-delà, on citera les trois premiers suivis de la mention & al.), titre de l'article, nom du périodique, selon l'abréviation en usage internationalement, année, tome, première et dernière page.

- **Pour les livres écrits par un ou plusieurs auteurs** : nom du ou des auteurs suivi de l'initiale du ou des prénoms, titre du livre, nom et adresse de l'éditeur, année et, au besoin, la page à l'intérieur du livre.

Acceptation

Sollicités ou non, les articles sont soumis pour acceptation au comité de rédaction. Celui-ci recueille au préalable l'avis motivé et anonyme de lecteurs choisis pour leur compétence en la matière. Dans un délai de six à huit semaines, les auteurs sont informés de l'acceptation, du rejet ou d'une demande de modification.

Correspondance

Pour toute correspondance et envoi de textes, s'adresser à :
Dr Bernard Garrigues et Yann Bubien
Fédération hospitalière de France
33, avenue d'Italie
75013 PARIS

Bulletin d'inscription Lettre **INFO en SANTÉ** sur le fichier nominatif de routage



Société / Établissement

Destinataire

Adresse d'expédition

.....

.....

.....

Tél. : E-mail :

Bulletin à retourner à :
Fabien Viry

LETRE INFO EN SANTÉ - FHF
33, avenue d'Italie
75013 Paris
Tél. : 01 44 06 84 67
Fax : 01 44 06 84 45
E-mail : f.viry@fhf.fr

Souhaite recevoir, à titre nominatif, la Lettre *Info en Santé*

INSCRIPTION

FORUM DE L'HÔPITAL PUBLIC ET DU SECTEUR SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL

Paris Expo - Porte de Versailles - Hall 1

BULLETIN

À remplir lisiblement et à retourner dès maintenant et au plus tard le 15 mai 2004
à la Fédération hospitalière de France - 33, avenue d'Italie - 75013 PARIS
FORUM DE L'HÔPITAL PUBLIC ET DU SECTEUR SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL

M. Mme Mlle
 Nom : _____
 Prénom : _____
 Fonction : _____
 Personnel médical, pharmaceutique, odontologique
 personnel non-médical
 Établissement : _____
 CHRU CH CHS HL
 MR CMLS SSIAD
 Autres :
 public privé lucratif privé non lucratif
 Adhérent à la FHF Non adhérent
 Code Postal : _____ Ville : _____
 Tél. pro. : _____ **impératif**
 Tél. perso. : _____ *facultatif*

CONDITIONS TARIFAIRES

Établissements adhérents à la FHF			Établissements non-adhérents à la FHF		
1 jour	2 jours	3/4 jours	1 jour	2 jours	3/4 jours
180 €	220 €	270 €	280 €	330 €	370 €

Ce tarif comprend : documentation, visite du salon, accès aux conférences

Ce tarif ne comprend pas : transport, hébergement et repas

Les frais de participation au Forum peuvent être pris en charge dans le cadre des crédits consacrés à la formation continue (n° déclaration : 11752547675)

INSCRIPTION

Je demande mon inscription pour :

1 jour 2 jours 3/4 jours

Date de participation **impératif** :

25 mai 26 mai 27 mai 28 mai

Je souhaite recevoir 1 fichet de réduction SNCF oui non

MODALITÉS DE RÈGLEMENT

Paiement joint À facturer à l'établissement Autres organismes

Les paiements joints par chèque bancaire ou postal sont à libeller à l'ordre de :

Fédération hospitalière de France

ADRESSE DE FACTURATION

Nom : _____
 Adresse : _____
 Code Postal : _____ Ville : _____

Bon pour accord
du chef de l'établissement

Date
et signature du congressiste

INFORMATIONS

PARTICIPATION

AU FORUM DE L'HÔPITAL PUBLIC ET DU SECTEUR SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL

L'inscription au Forum donne droit aux prestations suivantes :

- l'accès aux salles de conférences,
- les documents du congrès,
- l'accès à l'exposition.

L'hébergement, le transport, les repas sont à la charge des participants.

TARIFS

Le montant des droits d'inscription (TTC) est le suivant :

	Étab. adh. FHF	Étab. non-adh. FHF
3/4 jours	270 €	370 €
2 jours	220 €	330 €
1 jour	180 €	280 €

MODALITÉS D'INSCRIPTION

Les personnes désireuses de s'inscrire au Forum doivent remplir le bulletin d'inscription figurant dans ce document (un seul bulletin par personne, ce bulletin peut être téléchargé sur le site de la FHF ou photocopié si besoin) et l'adresser à :

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE FORUM DE L'HÔPITAL PUBLIC ET DU SECTEUR SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL

33, avenue d'Italie - 75013 Paris

Tél. : 01 44 06 84 44

Fax : 01 44 06 84 45

E-mail : fhf@fhf.fr site : www.fhf.fr

Tout bulletin d'inscription doit être accompagné du règlement correspondant, à l'ordre de la Fédération hospitalière de France, ce paiement pouvant être effectué soit par chèque, soit par virement bancaire ou postal à réception de la facture.

La participation au Forum peut s'inscrire dans le cadre de la formation continue. (n° déclaration 11752547675)

CONDITIONS D'ANNULATION

Toute annulation d'inscription reçue avant le 15 mai 2004 et spécifiée par écrit donnera lieu au remboursement, à l'issue de la manifestation, des sommes versées, déduction faite d'un montant forfaitaire de 80 € pour frais de dossier.

Pour toute annulation intervenant après le 15 mai 2004, les sommes versées restent acquises aux organisateurs.

ACCUEIL - BADGES

À leur arrivée sur le lieu de la manifestation, les participants inscrits pourront retirer à l'accueil leur badge et les documents du Forum, sur présentation du certificat d'inscription adressé par la Fédération hospitalière de France suite à l'envoi de leur bulletin d'inscription.

ACCÈS

Voiture Boulevard périphérique - Sortie : Porte de Versailles

Métro Ligne 12 - Station : Porte de Versailles

Bus Lignes 39, 49 et PC - Station : Porte de Versailles

Piétons Entrée Porte A

TRANSPORTS

Par rail Réduction jusqu'à 20 % sur les tarifs SNCF.

Les fichets de réduction SNCF sont envoyés sur simple demande (voir bulletin d'inscription).

Par air Des accords ont été passés avec Air France, permettant aux congressistes de bénéficier d'un tarif préférentiel sur leur transport (jusqu'à 50 % de réduction soumis à conditions, trajet aller-retour, sur réseau France-Métropole).

du mardi 25 au vendredi 28 mai 2004

FORUM

DE L'HÔPITAL PUBLIC ET DU SECTEUR SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL

Paris Expo – Porte de Versailles – Hall 1



HOPITAL
EXPO

INTER
MEDICA

mardi 25 mai 2004

matin

Inauguration

après-midi

Les associations à l'hôpital

Communication et archivage du dossier patient

AZF, pneumopathie atypique, antrax... :
enseignements et nouvelles stratégies hospitalières

L'hôpital et les industries de santé -
Le pari de l'innovation

Le réseau des hôpitaux promoteurs de santé,
du concept à la pratique

Le travail social hospitalier
et les centres communaux d'action sociale :
personnes fragiles et travail en réseau

mercredi 26 mai 2004

matin

Les élus, la santé et l'hôpital

La réforme de la tarification des EHPAD

Formation : projet individuel, projet collectif

2^e Journées nationales du CNIM⁽¹⁾ :

tarification à l'activité :
méthodes et application pratique

Les adolescents à l'hôpital

Plan Hôpital 2007 et relance de l'investissement

après-midi

Recrutement et fidélisation du personnel :
comment garder les compétences à l'hôpital public ?

La fin de vie à l'hôpital

Tarification à l'activité : premier bilan

2^e Journées nationales du CNIM⁽¹⁾ :
indicateurs de performance

Le principe de précaution

La dimension médico-judiciaire à l'hôpital

La prise en charge du handicap,
trait d'union entre le sanitaire et le médico-social

jeudi 27 mai 2004

matin

VII^e AGORA européenne de la santé⁽²⁾

SNITEM⁽³⁾ - 5^e Journée instruments de chirurgie

2^e Journées nationales du CNIM⁽¹⁾ : dossier médical

Évolution des métiers soignants

La vie quotidienne des résidents
et l'argent dans les établissements

Les médias et l'hôpital

Outils de pilotage et décisions stratégiques :
les apports de la Banque de données hospitalières
de France (BDHF)

après-midi

VII^e AGORA européenne de la santé⁽²⁾

SNITEM⁽³⁾ - 5^e Journée instruments de chirurgie

2^e Journées nationales du CNIM⁽¹⁾ : CCAM

Réseau de soins en cancérologie :
rôle des médecins et soignants de ville

Psychiatrie aux urgences et en liaison
TIC, télésanté et e-santé

La coordination des vigilances sanitaires

vendredi 28 mai 2004

matin

Usagers et transparence de l'hôpital

2^e Journée nationale des acheteurs :
dématérialisation des procédures

Nouvelles architectures hospitalières

Les spécificités du soin en cancérologie

Professionnels de santé
et prévention des accidents de la route

Gestionnaires de risques :
un nouveau métier pour l'hôpital

Chirurgie ambulatoire : enjeux sanitaires
et économiques des établissements de santé

après-midi

2^e Journée nationale des acheteurs :
l'application du nouveau code des marchés publics

Maintenance et télémaintenance
des équipements biomédicaux

Le moyen séjour et la recomposition hospitalière

Génétique et maladies rares

Les nouvelles formes de management :
une décision unique et partagée

Iatrogénie médicamenteuse
et sécurisation du circuit du médicament à l'hôpital

(1) CNIM :

Collège national
de l'information médicale

(2) SNITEM :

Syndicat national
de l'industrie des technologies
médicales

(3) organisée

par la Fédération
européenne des hôpitaux
(HOPE)

PRÉ-PROGRAMME FORMATION