

INFO en SANTÉ

lettre n° 10
février 2005

ystème d'information, stratégie, qualité



EDITORIAL

GÉRARD VINCENT, DR BERNARD GARRIGUES... P. 1

CHIFFRES CLÉS

Parts de marché chirurgie publique, chirurgie privée

STÉPHANE FINKEL, DR BERNARD GARRIGUES... P. 2

ARTICLE ORIGINAL

L'hôpital public verra-t-il sa chirurgie programmée disparaître ?

DR GILLES BONTEMPS... P. 4

POINT DE VUE

Indications chirurgicales et problématique de développement en chirurgie ambulatoire, le point de vue de l'ACFA. DR JEAN-PATRICK SALES... P. 7

Les Internes et la chirurgie : regain ou désaveu ? DR PIERRE LOULERGUE P. 10

QUESTIONS D'ACTUALITÉ

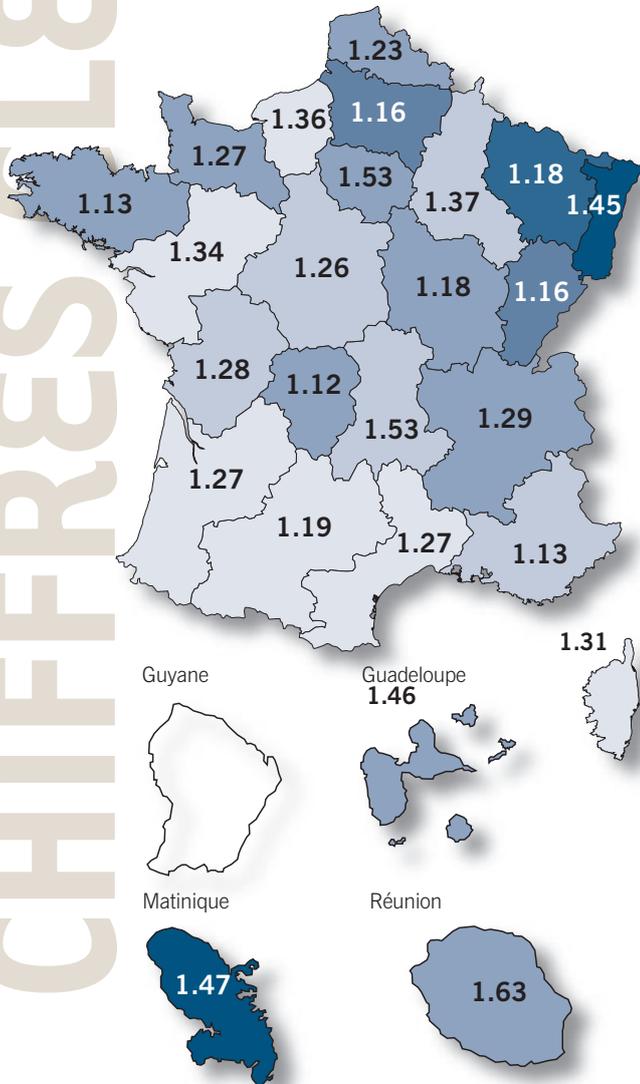
Le DIM confronté à la prévision d'activité de son établissement.

DR EMMANUEL HORNUS P. 13

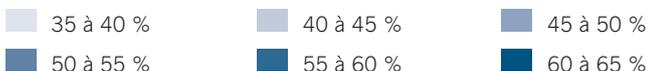
RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS P. 15

BULLETIN D'INSCRIPTION P. 15

Séjours chirurgicaux de plus de 48 h : part relative des séjours lourds public/privé en 2003



PdM public et para-public (%)



1.34 : Ratio des fréquences relatives de prise en charge des séjours lourds (public/privé)

Sources : Base PMSI 2003 DHOS
NB : Aucune donnée pour la Guyane

SPÉCIAL Chirurgie

L'inquiétude des hospitaliers quant à la situation de la chirurgie publique s'est largement manifestée ces derniers temps.

Il est vrai que l'hospitalisation privée a gagné globalement des parts de marché sur la France entière dans ce secteur d'activité.

Une analyse plus détaillée permet cependant de constater que, dans certaines régions, l'hospitalisation publique et PSPH reste majoritaire.

En outre, et de manière constante, dans toutes les régions, la part des séjours chirurgicaux classés en niveau A, dits lourds, de la classification OAP est toujours plus importante dans les séjours chirurgicaux publics par rapport à la même part dans les séjours hospitaliers privés (cf. carte ci-contre).

Malheureusement, nous n'avons pas, pour le moment, de données sur les bases PMSI quant à l'activité programmée et non programmée. Il est cependant notable que l'hospitalisation publique traite la très large majorité des séjours non programmés à travers les services d'urgence.

Ce sont également les hôpitaux publics qui assurent la formation des futurs chirurgiens.

Bien évidemment, il ne sera donc pas possible d'assurer uniquement les urgences, les « séjours lourds » et la formation sans réaliser une part significative de l'activité programmée.

Il est grand temps pour l'hospitalisation publique de reconquérir l'activité chirurgicale.

Dr Bernard GARRIGUES

Gérard VINCENT
Délégué général de la FHF

INFO en SANTÉ

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION Claude Évin

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, Boops

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



Chirurgie (au sens du PMSI) - Année 2003 - Hospitalisations de plus de 48 heures par pôle d'activité

Pôle d'activité (OAP)	Nombre d'hospitalisations >48h						Parts de marché (hospitalisation >48h)						Taux séjours lourds (hospitalisation >48h) **					
	CH	CHU	PSPH	CLCC	Total Public*	Privé	CH	CHU	PSPH	CLCC	Total Public*	Privé	CH	CHU	PSPH	CLCC	Total Public*	Privé
AA - Digestif	152,905	74,921	44,359	3,066	275,251	317,997	25.8%	12.6%	7.5%	0.5%	46.4%	53.6%	22%	40%	22%	75%	27%	18%
AB - Orthopédie, Rhumatologie	193,453	128,509	45,124	519	367,605	426,957	24.3%	16.2%	5.7%	0.1%	46.3%	53.7%	44%	49%	51%	8%	46%	48%
AC - Uro-néphrologie	37,129	40,583	16,121	652	94,485	143,691	15.6%	17.0%	6.8%	0.3%	39.7%	60.3%	23%	34%	30%	71%	29%	23%
AD - Système nerveux	4,388	28,824	3,788	19	37,019	20,780	7.6%	49.9%	6.6%	0.0%	64.1%	36.0%	54%	88%	82%	26%	83%	72%
AE - Cardiologie	15,555	34,068	6,970	2	56,595	39,514	16.2%	35.4%	7.3%	0.0%	58.9%	41.1%	23%	72%	74%	100%	58%	35%
AF - Vasculaire périphérique	21,622	21,371	12,544	22	55,559	115,939	12.6%	12.5%	7.3%	0.0%	32.4%	67.6%	18%	40%	22%	0%	27%	16%
AG - Pneumologie	3,655	10,757	3,278	280	17,970	9,670	13.2%	38.9%	11.9%	1.0%	65.0%	35.0%	52%	72%	74%	72%	68%	72%
AH - ORL, Stomatologie	19,024	33,846	7,165	1,527	61,562	89,649	12.6%	22.4%	4.7%	1.0%	40.7%	59.3%	8%	17%	7%	71%	14%	4%
AI - Ophtalmologie	31,347	40,912	9,066	251	81,576	131,494	14.7%	19.2%	4.3%	0.1%	38.3%	61.7%	22%	43%	22%	69%	33%	14%
AJ - Gynécologie	70,402	40,829	18,614	18,300	148,145	195,556	20.5%	11.9%	5.4%	5.3%	43.1%	56.9%	55%	52%	57%	83%	58%	54%
AM - Hématologie	3,910	6,078	1,441	1,982	13,411	10,004	16.7%	26.0%	6.2%	8.5%	57.3%	42.7%	32%	34%	32%	51%	36%	32%
AO - Endocrinologie	9,641	18,221	3,249	2,251	33,362	23,190	17.1%	32.2%	5.7%	4.0%	59.0%	41.0%	94%	95%	95%	97%	95%	95%
AP - Tissu cut./ss-cut.(yc chir obésité)	17,781	19,421	5,715	2,100	45,017	59,320	17.0%	18.6%	5.5%	2.0%	43.1%	56.9%	7%	10%	11%	7%	9%	5%
AQ - Brûlures	338	1,659	154	1	2,152	72	15.2%	74.6%	6.9%	0.1%	96.8%	3.2%	45%	81%	83%	100%	75%	54%
AR - Maladies infectieuses (hors VIH)	1,468	1,387	413	76	3,344	2,296	26.0%	24.6%	7.3%	1.3%	59.3%	40.7%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
AS - Maladie VIH	109	314	23	5	451	16	23.3%	67.2%	4.9%	1.1%	96.6%	3.4%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
AT - Transpl. d'org., Greffes de moelle	38	3,089	78	1	3,206	4	1.2%	96.2%	2.4%	0.0%	99.9%	0.1%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
AU - Trauma multiples/compl. graves	2,196	2,882	322	52	5,452	617	36.2%	47.5%	5.3%	0.9%	89.8%	10.2%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Autres prises en charge	8,855	11,251	2,273	698	23,077	16,707	22.3%	28.3%	5.7%	1.8%	58.0%	42.0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
France	593,816	518,922	180,697	31,804	1,325,239	1,603,473	20.3%	17.7%	6.2%	1.1%	45.3%	54.8%	34%	48%	38%	72%	41%	32%

* et Para-Public ** il s'agit du taux de séjours de niveau «a» (niveau de lourdeur élevé) dans la classification OAP, par ex. 58% des séjours de Cardiologie du Public sont de niveau «a» (Chirurgie - Hospit. >48h - 2003) - Sources : Base PMSI 2003, DHOS.

Si l'hospitalisation privée est majoritaire au total pour les séjours chirurgicaux de plus de 48 heures, l'analyse par pôle d'activité montre que le secteur public et PSPH (participant au service public hospitalier)

reste majoritaire par exemple en neurochirurgie, chirurgie cardiaque, chirurgie thoracique, chirurgie endocrinienne, chirurgie des brûlés, traumatismes multiples et, évidemment, transplantation d'organes.

Chirurgie (au sens du PMSI) - Année 2003 - Hospitalisations de moins de 48 heures par pôle d'activité

Pôle d'activité (OAP)	Nombre d'hospitalisations <48h						Parts de marché (hospitalisations <48h)					
	CH	CHU	PSPH	CLCC	Total Public*	Privé	CH	CHU	PSPH	CLCC	Total Public*	Privé
AA - Digestif	12,169	7,806	4,724	101	24,800	27,832	23.1%	14.8%	9.0%	0.2%	47.1%	52.9%
AB - Orthopédie, Rhumatologie	102,386	31,149	22,981	59	156,575	317,653	21.6%	6.6%	4.8%	0.0%	33.0%	67.0%
AC - Uro-néphrologie	22,139	12,594	6,508	8	41,249	76,829	18.8%	10.7%	5.5%	0.0%	34.9%	65.1%
AD - Système nerveux	3,350	2,473	1,643	2	7,468	12,198	17.0%	12.6%	8.4%	0.0%	38.0%	62.0%
AE - Cardiologie	1,410	1,144	327	12	2,893	4,739	18.5%	15.0%	4.3%	0.2%	37.9%	62.1%
AF - Vasculaire périphérique	16,895	6,308	5,360	6,693	35,256	78,323	14.9%	5.6%	4.7%	5.9%	31.0%	69.0%
AG - Pneumologie	185	244	40	21	490	261	24.6%	32.5%	5.3%	2.8%	65.2%	34.8%
AH - ORL, Stomatologie	35,110	15,716	14,439	134	65,399	205,387	13.0%	5.8%	5.3%	0.1%	24.2%	75.8%
AI - Ophtalmologie	37,630	23,531	19,064	214	80,439	346,203	8.8%	5.5%	4.5%	0.1%	18.9%	81.1%
AJ - Gynécologie	27,370	19,830	8,683	360	56,243	72,389	21.3%	15.4%	6.8%	0.3%	43.7%	56.3%
AK - Obstétrique	753	336	57	0	1,146	518	45.3%	20.2%	3.4%	0.0%	68.9%	31.1%
AM - Hématologie	2,439	1,547	661	1,017	5,664	5,734	21.4%	13.6%	5.8%	8.9%	49.7%	50.3%
AO - Endocrinologie	393	587	51	39	1,070	697	22.2%	33.2%	2.9%	2.2%	60.6%	39.4%
AP - Tissu cut./ss-cut.(yc chir obésité)	32,571	15,878	12,974	4,759	66,182	174,615	13.5%	6.6%	5.4%	2.0%	27.5%	72.5%
AQ - Brûlures	112	166	33	0	311	103	27.1%	40.1%	8.0%	0.0%	75.1%	24.9%
AR - Maladies infectieuses (hors VIH)	283	160	222	16	681	687	20.7%	11.7%	16.2%	1.2%	49.8%	50.2%
Autres prises en charge	4,247	5,665	1,411	296	11,619	14,117	16.5%	22.0%	5.5%	1.2%	45.1%	54.9%
France	299,442	145,134	99,178	13,731	557,485	1,338,285	15.8%	7.7%	5.2%	0.7%	29.4%	70.6%

* et Para-Public - Sources : Base PMSI 2003, DHOS.

Chirurgie (au sens du PMSI) - Année 2003 - Hospitalisations de plus de 48 heures par région

Région	Nombre d'hospitalisations >48h						Parts de marché (hospitalisations >48h)						Taux séjours lourds (hosпит. >48h) **					
	CH	CHU	PSPH	CLCC	Total Public*	Privé	CH	CHU	PSPH	CLCC	Total Public*	Privé	CH	CHU	PSPH	CLCC	Total Public*	Privé
Alsace	26,255	17,766	13,287	1,019	58,327	33,743	28.5%	19.3%	14.4%	1.1%	63.4%	36.7%	38%	49%	31%	79%	41%	28%
Aquitaine	28,743	22,653	7,096	1,594	60,086	104,973	17.4%	13.7%	4.3%	1.0%	36.4%	63.6%	38%	49%	40%	64%	43%	34%
Auvergne	15,687	12,611	626	1,305	30,229	41,058	22.0%	17.7%	0.9%	1.8%	42.4%	57.6%	36%	51%	30%	78%	44%	29%
Basse-Norm.	17,348	11,481	3,169	2,082	34,080	37,842	24.1%	16.0%	4.4%	2.9%	47.4%	52.6%	32%	48%	32%	80%	40%	32%
Bourgogne	21,917	9,285	5,799	1,424	38,425	44,822	26.3%	11.2%	7.0%	1.7%	46.2%	53.8%	33%	52%	31%	67%	38%	33%
Bretagne	32,769	21,433	7,821	457	62,480	73,734	24.1%	15.7%	5.7%	0.3%	45.9%	54.1%	38%	52%	34%	86%	43%	38%
Centre	22,383	20,428	4,079	0	46,890	63,219	20.3%	18.6%	3.7%	0.0%	42.6%	57.4%	33%	46%	32%	-	38%	30%
Champ.-Ard.	15,210	12,449	1,086	632	29,377	41,373	21.5%	17.6%	1.5%	0.9%	41.5%	58.5%	29%	47%	25%	76%	38%	27%
Corse	3,263	0	2,053	0	5,316	8,443	23.7%	0.0%	14.9%	0.0%	38.6%	61.4%	37%	-	20%	-	31%	24%
Franche-Comté	20,241	10,681	0	0	30,922	30,320	33.1%	17.4%	0.0%	0.0%	50.5%	49.5%	27%	48%	-	-	34%	29%
Haute-Norm.	12,511	14,113	2	1,192	27,818	49,151	16.3%	18.3%	0.0%	1.5%	36.1%	63.9%	35%	47%	0%	72%	43%	31%
Ile-de-France	79,214	109,708	43,083	8,523	240,528	252,505	16.1%	22.3%	8.7%	1.7%	48.8%	51.2%	33%	47%	47%	69%	43%	28%
Lang.-Rouss.	15,951	22,967	7,424	2,384	48,726	74,554	12.9%	18.6%	6.0%	1.9%	39.5%	60.5%	37%	44%	33%	72%	41%	32%
Limousin	7,954	11,314	654	0	19,922	20,147	19.9%	28.2%	1.6%	0.0%	49.7%	50.3%	35%	49%	38%	-	43%	38%
Lorraine	25,787	23,636	15,780	1,400	66,603	50,142	22.1%	20.2%	13.5%	1.2%	57.1%	43.0%	29%	43%	31%	68%	35%	30%
Midi-Pyr.	25,558	22,060	629	1,586	49,833	91,656	18.1%	15.6%	0.4%	1.1%	35.2%	64.8%	35%	46%	35%	66%	41%	35%
Nord-PdC	41,234	21,265	18,422	1,803	82,724	98,785	22.7%	11.7%	10.2%	1.0%	45.6%	54.4%	32%	53%	40%	77%	40%	33%
PACA	40,632	38,753	20,775	3,096	103,256	131,986	17.3%	16.5%	8.8%	1.3%	43.9%	56.1%	33%	47%	36%	75%	40%	35%
Pays-de-Loire	28,894	24,154	4,840	1,604	59,492	99,960	18.1%	15.1%	3.0%	1.0%	37.3%	62.7%	37%	52%	33%	73%	44%	33%
Picardie	23,289	12,489	2,570	0	38,348	32,770	32.7%	17.6%	3.6%	0.0%	53.9%	46.1%	31%	43%	26%	-	35%	30%
Poitou-Char.	23,431	9,388	0	0	32,819	46,587	29.5%	11.8%	0.0%	0.0%	41.3%	58.7%	35%	52%	-	-	40%	31%
Rhone-Alpes	52,182	59,308	20,611	1,703	133,804	153,830	18.1%	20.6%	7.2%	0.6%	46.5%	53.5%	34%	48%	42%	72%	42%	33%
Guadeloupe	1,801	4,736	0	0	6,537	6,588	13.7%	36.1%	0.0%	0.0%	49.8%	50.2%	22%	32%	-	-	29%	20%
Martinique	2,747	6,244	0	0	8,991	4,933	19.7%	44.8%	0.0%	0.0%	64.6%	35.4%	19%	41%	-	-	34%	23%
Réunion	8,815	0	891	0	9,706	10,352	43.9%	0.0%	4.4%	0.0%	48.4%	51.6%	38%	-	27%	-	37%	23%
France	593,816	518,922	180,697	31,804	1,325,239	1,603,473	20.3%	17.7%	6.2%	1.1%	45.3%	54.8%	34%	48%	38%	72%	41%	32%

* et Para-Public ** il s'agit du taux de séjours de niveau "a" (niveau de lourdeur élevé) dans la classification OAP, par ex. 41% des séjours d'Alsace du Public sont de niveau "a" (chirurgie - Hosпит. >48h - 2003). Sources : Base PMSI 2003, DHOS.

L'hospitalisation privée est majoritaire en hospitalisation de plus de 48 heures sur la France. Dans certaines régions l'hospitalisation publique et PSPH reste pourtant majoritaire (Alsace, Franche-Comté, Lorraine, Picardie, Martinique). Cependant, le taux des séjours de niveau a

(dits lourds) de la classification OAP montre que le public a toujours des taux plus importants que le privé pour ces séjours. Par ailleurs, il n'est malheureusement pas possible sur ces données de distinguer les séjours programmés des séjours non programmés.

Chirurgie (au sens du PMSI) - Année 2003 - Hospitalisations de moins de 48 heures par région

Région	Nombre d'hospitalisations <48h						Parts de marché (hospitalisations <48h)					
	CH	CHU	PSPH	CLCC	Total Public*	Privé	CH	CHU	PSPH	CLCC	Total Public*	Privé
Alsace	14,011	4,820	7,796	293	26,920	21,061	29.2%	10.1%	16.2%	0.6%	56.1%	43.9%
Aquitaine	14,822	5,981	2,369	203	23,375	81,216	14.2%	5.7%	2.3%	0.2%	22.3%	77.7%
Auvergne	6,259	3,128	207	267	9,861	28,043	16.5%	8.3%	0.5%	0.7%	26.0%	74.0%
Basse-Norm.	8,981	3,665	2,318	643	15,607	22,645	23.5%	9.6%	6.1%	1.7%	40.8%	59.2%
Bourgogne	9,538	2,517	2,339	107	14,501	37,226	18.4%	4.9%	4.5%	0.2%	28.0%	72.0%
Bretagne	16,120	6,302	6,269	342	29,033	73,502	15.7%	6.1%	6.1%	0.3%	28.3%	71.7%
Centre	11,276	9,150	3,886	0	24,312	45,916	16.1%	13.0%	5.5%	0.0%	34.6%	65.4%
Champ.-Ard.	7,236	3,237	960	98	11,531	25,830	19.4%	8.7%	2.6%	0.3%	30.9%	69.1%
Corse	840	0	1,920	0	2,760	8,085	7.7%	0.0%	17.7%	0.0%	25.5%	74.6%
Franche-Comté	7,498	3,579	0	0	11,077	14,205	29.7%	14.2%	0.0%	0.0%	43.8%	56.2%
Haute-Norm.	8,310	2,948	0	456	11,714	38,693	16.5%	5.8%	0.0%	0.9%	23.2%	76.8%
Ile-de-France	44,349	29,369	18,566	5,583	97,867	244,531	13.0%	8.6%	5.4%	1.6%	28.6%	71.4%
Lang.-Rouss.	6,498	6,688	5,725	241	19,152	65,316	7.7%	7.9%	6.8%	0.3%	22.7%	77.3%
Limousin	3,075	2,583	58	0	5,716	12,615	16.8%	14.1%	0.3%	0.0%	31.2%	68.8%
Lorraine	14,084	6,748	8,134	85	29,051	34,732	22.1%	10.6%	12.8%	0.1%	45.5%	54.5%
Midi-Pyr.	12,122	5,796	309	474	18,701	57,819	15.8%	7.6%	0.4%	0.6%	24.4%	75.6%
Nord-PdC	19,003	6,952	11,155	1,195	38,305	83,429	15.6%	5.7%	9.2%	1.0%	31.5%	68.5%
PACA	18,484	10,199	11,779	1,693	42,155	153,787	9.4%	5.2%	6.0%	0.9%	21.5%	78.5%
Pays-de-Loire	17,601	8,710	1,802	1,502	29,615	91,360	14.6%	7.2%	1.5%	1.2%	24.5%	75.5%
Picardie	14,446	3,179	1,420	0	19,045	23,929	33.6%	7.4%	3.3%	0.0%	44.3%	55.7%
Poitou-Char.	13,909	2,812	0	0	16,721	38,399	25.2%	5.1%	0.0%	0.0%	30.3%	69.7%
Rhone-Alpes	27,005	14,678	10,936	549	53,168	113,076	16.2%	8.8%	6.6%	0.3%	32.0%	68.0%
Guadeloupe	336	1,158	0	0	1,494	4,039	6.1%	20.9%	0.0%	0.0%	27.0%	73.0%
Martinique	1,124	935	0	0	2,059	4,416	17.4%	14.4%	0.0%	0.0%	31.8%	68.2%
Réunion	2,515	0	1,230	0	3,745	14,415	13.9%	0.0%	6.8%	0.0%	20.6%	79.4%
France	299,442	145,134	99,178	13,731	557,485	1,338,285	15.8%	7.7%	5.2%	0.7%	29.4%	70.6%

* et Para-Public Sources : Base PMSI 2003, DHOS.

L'hospitalisation privée est largement majoritaire, sur la France entière, pour la chirurgie en Hospitalisation inférieure à 48 heures. L'Alsace n'est cependant pas dans ce cas de figure.

Dr Gilles Bontemps
Chef de projet national chirurgie ambulatoire
CNAMTS
Direction des Risques Maladie

L'hôpital public chirurgie progra

La mise en place en 2004 par la CNAMTS d'un observatoire national sur la chirurgie ambulatoire permet de suivre son développement dans le temps, notamment par rapport à la mise en place des différentes politiques incitatives qu'elles soient de dimension législative, réglementaire, financière, organisationnelle ou contractuelle. Dans le cadre de cet observatoire, la CNAMTS s'est intéressée plus largement à la relation existante entre l'évolution des parts de marché de la chirurgie « classique » programmée et le développement de la chirurgie ambulatoire.

Méthode

80 % de l'activité chirurgicale française est représentée par les interventions dites « classiques » ou « de proximité » qui relèvent d'une prise en charge programmée et non réalisée dans le cadre d'une urgence. Cette chirurgie « classique » ne requiert pour sa réalisation ni compétences hyperspécialisées, ni plateaux techniques hyperspécialisés, ni démarche de recherche ou d'enseignement.

Pour suivre l'évolution de cette chirurgie française « classique », une liste limitée mais significative de 18 types d'interventions chirurgicales a été choisie constituant autant d'indicateurs de cette chirurgie. Cette liste d'actes significatifs dérive d'une liste internationale d'actes chirurgicaux publiée dès 1995 par l'Association Internationale de Chirurgie Ambulatoire pour répondre à une demande de l'OCDE de pouvoir comparer les pratiques chirurgicales entre les différents pays de l'OCDE.

Cette liste explore près de 1,5 million

d'interventions chirurgicales françaises concernant huit spécialités. En particulier, l'intervention chirurgicale la plus fréquemment pratiquée en France dans chaque spécialité étudiée (hormis la spécialité gynécologique), fait l'objet d'une analyse: chirurgie de la cataracte (400 000 interventions annuelles), arthroscopie du genou (130 000), chirurgie des varices (110 000), cures de hernies abdominales (110 000), adénoïdectomie et amygdalotomie (150 000), extractions dentaires (200 000).

L'enquête est exhaustive, au travers de ces dix-huit indicateurs, sur l'ensemble des établissements chirurgicaux (publics et privés) et sur 20 régions métropolitaines françaises. Elle compare l'activité chirurgicale sur trois années entre 1999 et 2001 à partir de l'étude du PMSI. Tous les séjours comportant au moins l'un des actes du Catalogue des Actes Médicaux rattachés à la liste des 18 types d'interventions chirurgicales, à l'exclusion de tout autre acte classant au sens PMSI, sont recensés dans l'étude.

L'étude de la CNAMTS¹ confirme, par ses aspects quantitatifs et évolutifs, plusieurs constats déjà révélés par l'enquête nationale de l'Assurance maladie sur la chirurgie ambulatoire².

Ligne de fracture public/privé

L'étude révèle l'augmentation de l'activité chirurgicale de 8 % entre 1999 et 2001. Cette augmentation est principalement marquée dans le secteur privé sous Objectif Quantifié National (80 % de l'augmentation de l'activité chirurgicale provient du secteur privé sous Objectif Quantifié National contre 20 % pour le public sous Dotation Globale). Cette augmentation est principalement le fait des interventions en ambulatoire: 21 % d'augmentation en ambulatoire contre 1 % en hospitalisation traditionnelle. Le secteur privé a répondu à l'augmentation de la demande de soins en orientant ses patients vers une prise en charge ambulatoire.

Une ligne de « fracture » se matérialise entre ceux qui ont développé l'ambulatoire et ceux qui ne l'ont pas fait, donc entre le secteur privé sous OQN et le secteur public et privé sous DG.

verra-t-il sa mmée disparaître ?

La part de marché du secteur public et privé sous DG, déjà faible au niveau de cette chirurgie « classique » (26 %), évolue défavorablement sur la période étudiée confirmant le parallélisme et l'articulation entre « chute des parts de marché chirurgicales totales (ambulatoire + hospitalisation traditionnelle) » et « moindre développement de la chirurgie ambulatoire ».

Cette ligne de « fracture » se retrouve à tous les niveaux étudiés : national, régional, grands groupes hospitaliers publics (CHU), spécialités chirurgicales. Ainsi, les structures qui ont négligé leur potentiel de développement en ambulatoire ont sur la durée remis en cause également leur chirurgie en hospitalisation complète. Autrement dit, une structure, qui n'a pas développé l'ambulatoire alors qu'elle en possède le potentiel, est une anomalie qui met en jeu à court ou moyen terme sa survie chirurgicale.

Position dominante du secteur privé

Le secteur public et privé sous DG apparaît en position prédominante uniquement sur trois types d'interventions chirurgicales étudiées (chirurgie testiculaire, hernies de l'enfant et coelioscopies gynécologiques), et ce, sur des effectifs faibles (- de 13 000 actes annuels).

À l'inverse, le secteur privé sous OQN est prédominant sur les quinze autres types d'interventions chirurgicales explorées avec :

- une situation dominante (plus de 70 % des parts de marché) sur la chirurgie du canal carpien, de la maladie de Dupuytren et des hernies sous coelioscopie
- une situation très dominante (près de 80 % des parts de marché) sur les cinq

interventions chirurgicales les plus fréquentes (chirurgie des varices, de la cataracte, adénoïdectomie et amygdalectomie, arthroscopie du genou, extractions dentaires), et ce, sur des effectifs très importants (entre 110 000 et 390 000 actes annuels). Avec de tels taux, cette situation ne conduit-elle pas vers une situation de monopole du secteur privé ?

Parallèlement, on peut s'interroger sur l'augmentation isolée des parts de marché du secteur public et privé sous DG en hospitalisation traditionnelle sur certaines interventions qui sont aujourd'hui majoritairement pratiquées en ambulatoire (chirurgie du canal carpien, du phimosis, extractions dentaires...). Cette augmentation constitue-t-elle une variable d'ajustement pour l'établissement dans le cadre de son équilibre financier ? En effet, développer l'ambulatoire peut fragiliser un secteur d'hospitalisation complète qui a une faible activité chirurgicale. Mais, cela ne risque-t-il pas d'entraîner une moindre qualité des soins, dès lors qu'on augmente le risque d'exposition aux infections nosocomiales ?

Si le marché de la santé n'était pas une économie administrée mais une économie pure, on pourrait s'interroger sur l'avenir d'une partie de la chirurgie française « classique ». En effet, le marché de la santé, pour ce qui concerne la chirurgie « classique », apparaît de plus en plus comme un marché sans concurrence avec une position dominante du secteur privé sur les interventions chirurgicales les plus fréquentes. Une situation de monopole du secteur privé se met en place. Or, les risques d'un monopole sont bien connus : production de biens et de services inférieure à ce qu'ils seraient dans des conditions concurrentielles et tarifs supérieurs.

Exemple de la chirurgie de la cataracte

L'exemple de la chirurgie de la cataracte mérite d'être exploré. En 2001, près de 400 000 interventions chirurgicales de la cataracte ont été pratiquées, ce qui en fait l'intervention chirurgicale française la plus fréquente. Du fait d'un vieillissement de la population, la chirurgie de la cataracte augmente de 17 % entre 1999 et 2001. Elle explose en ambulatoire (près de 145 000 en 2001 soit +52 % par rapport à 1999) tout en étant encore majoritairement réalisée en chirurgie traditionnelle (près des 2/3).

Le secteur privé a une situation de quasi-monopole (près de 79 %) avec une tendance à l'accélération du processus. En ambulatoire, la part de marché du privé est proche de 85 %.

Cette chirurgie de la cataracte va évoluer vers une forte augmentation des besoins du fait de l'effet mécanique du vieillissement de la population. Une projection³ en 2020 révèle que la demande supplémentaire avoisinera 30 à 40 % alors qu'en l'absence de flux de réentrée, l'évolution démographique des ophtalmologistes sera défavorable. Or, on constate qu'il existe des différences d'activité voire de productivité entre les établissements : des établissements privés de faible capacité chirurgicale (exemple d'établissements privés opérant 500 cataractes par an avec 30 lits de chirurgie) prennent en charge autant ou voire plus de cataractes que des établissements publics de plus forte capacité chirurgicale (exemple de certains établissements publics opérant moins de 200 cataractes annuelles avec 100 lits de chirurgie ou de certains CHU opérant moins de 500 cataractes annuelles avec 500 lits de chirurgie).

L'hôpital public verra-t-il sa chirurgie programmée disparaître ?

Quelle sera la réactivité de ces différentes structures face à l'augmentation inéluctable des besoins ? Ces différents éléments amèneront-ils le secteur privé à développer ses parts de marché vers une position encore plus monopolistique ?

Chirurgie ambulatoire au centre du débat

La question du développement de la chirurgie ambulatoire est bien au centre des débats. L'enquête nationale sur la chirurgie ambulatoire constate que 80 à 95 % des patients opérés pourraient bénéficier d'une prise en charge en ambulatoire de meilleure qualité avec un taux de satisfaction élevé et des économies importantes. Elle constitue selon le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie une « marge de progrès dans l'organisation » pour améliorer la « déperdition d'efficacité » du système des soins⁴. La question de la qualité et de l'accessibilité aux soins reste néanmoins posée. Qualité des soins, car on sait qu'un seuil d'activité minimal est requis pour s'assurer d'une certaine qualité de la prise en charge. Accessibilité aux soins, car toute réflexion doit s'envisager au cas par cas à la lumière du contexte géographique, du paysage sanitaire et du maintien de la permanence des soins.

Mise en place d'un observatoire national

Consciente des enjeux d'un développement de la chirurgie ambulatoire en terme de qualité des soins, d'accessibilité des soins, de fortes économies pour la collectivité, la CNAMTS a mis en place un observatoire national permettant le suivi dans le temps du développement de la chirurgie ambulatoire, notamment par rapport à la mise en place des différentes politiques incitatives à son développement, dans leur dimension législative, réglementaire, financière, organisationnelle et contractuelle. L'observatoire national peut donc être utilisé

Tableau 1

Evolution du nombre d'interventions chirurgicales de la cataracte et des parts de marché du secteur sous dotation globale entre 1999 et 2001

Cataracte	Total	Ambulatoire	Traditionnelle
Source AM 1999	332 498	94 576	237 922
Source AM 2001	390 130	144 104	246 026
Différentiel 2001/1999	57 632	49 528	8 104
Différentiel en %	17 %	52 %	3 %

Cataracte	Part de marché DG Total	Part de marché DG ambulatoire	Part de marché DG traditionnelle
1999	22,2 %	15,3 %	25,0 %
2001	21,3 %	14,6 %	25,3 %
Différentiel 2001/1999	- 0,9 %	- 0,7 %	0,3 %

Source CNAMTS

comme une batterie d'outils d'aide à la décision permettant une analyse de l'activité, du potentiel de développement, des parts de marché au niveau de la région comme à l'échelle des établissements. C'est une contribution à la réflexion qui sera menée au sein de chaque ARH pour une incitation au développement de la chirurgie ambulatoire dans le cadre des travaux préparatoires sur les SROS de chirurgie de troisième génération et sur les Contrats d'Objectifs et de Moyens signés entre les ARH et les établissements. C'est aussi un moyen mis à la disposition des établissements en vue d'établir un diagnostic dans le cadre de la préparation de leur projet d'établissement.

L'observatoire national se compose ainsi de quatre sources de données :

- Typologies des établissements : outil à la fois d'analyse de situation, de suivi et de prospection avec un double niveau d'utilisation (régional et établissement)
- Fiches établissements : outil à la fois d'analyse de situation et de suivi avec un niveau d'utilisation établissement
- Évolution des parts de marché de la chirurgie classique : outil de suivi avec un double niveau d'utilisation (régional et établissement)
- Potentiel de substitution : outil d'analyse de situation avec un niveau d'utilisation régional

Nécessité d'une révolution culturelle dans le public

Peut-on envisager qu'une nouvelle ligne de « fracture » apparaisse entre, d'une part, la chirurgie « classique » programmée non urgente qui ne relèverait que du secteur privé et, d'autre part, la chirurgie « lourde » ou d'urgence qui relèverait d'une prise en charge prépondérante, mais non exclusive, du secteur public ?

L'hôpital public verra-t-il sa chirurgie programmée disparaître ?

Une véritable révolution culturelle semble devoir être menée dans le secteur public où les notions d'organisation plus optimale, de développement de la chirurgie ambulatoire ou d'accroissement de la productivité seraient partagées avec le secteur privé. ■

notes

1. Evolution des parts de marché de la chirurgie «classique» dans 20 régions entre 1999 et 2001 : réalités et perspectives ; CNAMTS, novembre 2004 ; l'intégralité du rapport est disponible sous www.ameli.fr.
 2. Conditions de développement de la chirurgie ambulatoire ; PNIR, octobre 2003 ; le rapport de synthèse est disponible sous www.ameli.fr
 3. La démographie en ophtalmologie 2000-2020, rapport au Conseil scientifique de la CNAMTS le 24 septembre 2003
1. Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie, 23 janvier 2004.

Dr Jean-Patrick SALES

Président de l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire, Coordonateur Adjoint de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire de Bicêtre, AP-HP

Correspondance :

Dr Jean-Patrick SALES

Service de Chirurgie Générale, C.H.U. Bicêtre,
70 rue du Général Leclerc,
94 270 LE KREMLIN BICETRE

Email: jean-patrick.sales@bct.aphp.fr

Indications chirurgicales et problématique de développement en chirurgie ambulatoire, le point de vue de l'AFCA

Par chirurgie ambulatoire, on entend les actes chirurgicaux et/ou d'explorations programmées réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous anesthésie de mode variable, et suivie d'une surveillance postopératoire prolongée, permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son admission. (Conférence de consensus mars 1993; Fondation de l'Avenir). Les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie dispensent donc, « sur une durée journalière d'ouverture inférieure ou égale à 12 heures », des prestations qui équivalent « par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent à des prestations habituellement effectuées en hospitalisation à temps complet » (décrets 92-1100, 92-1101 et 92-1102 du 2 octobre 1992).

La prise en charge ambulatoire se caractérise donc en fait par la capacité qu'a le patient à assumer sa prise en charge à domicile d'une part et d'autre part par la capacité qu'a l'organisation à optimiser le parcours du patient. On comprend que l'acte à réaliser soit donc une donnée secondaire et que le challenge réside dans la mise en place de l'organisation nécessaire, la diffusion des comportements et les choix stratégiques que l'on opère. L'Association Française de

Chirurgie Ambulatoire, depuis plus de dix ans, s'attache à clarifier les procédures de choix médicaux, les organisations possibles et, par sa participation active à de grandes enquêtes nationales et internationales, à mieux cerner les problématiques de développement de cette activité ainsi que ses enjeux actuels.

Les indications

Les précisions concernant les actes possiblement réalisables en ambulatoire sont laconiques : les recommandations de la SFAR de 1990 ont proposé de privilégier les actes de durée inférieure à 1 heure, à faible risque hémorragique et dont la douleur post-opératoire est contrôlée. Les deux dernières caractéristiques sont d'ailleurs des objectifs à atteindre pour tous les actes chirurgicaux. Depuis lors, l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA), comme les autres sociétés savantes étrangères se refusent à définir des listes d'actes indicatives. Les effets pervers que pourrait avoir une telle liste sont de deux ordres : d'une part cela pourrait être interprété ou donner lieu à une obligation de réalisation en ambulatoire de certaines procédures pour des patients ou des praticiens qui ne le souhaitent pas aboutissant à une prise de risque inconsidérée pour les uns et pour les

autres, d'autre part le caractère limité d'une liste pose nécessairement le problème de son actualisation et ceci pourrait conduire à stopper toute initiative ou innovation de la part d'équipes pionnières. L'esprit de cette réserve est de défendre le fait que seule l'équipe d'une unité avec ses chirurgiens, ses anesthésistes et ses soignants peut définir une liste d'acte qu'ils acceptent de réaliser sous ce mode de prise en charge. Cette décision ne doit pas reposer sur leur seul savoir faire mais aussi sur un constat élaboré à partir de leurs installations, de leur mode de fonctionnement, de leur clientèle et de leur projet stratégique.

Cependant la nécessité d'appréhender l'activité de chirurgie ambulatoire a justifié la construction d'indicateurs permettant une approche qualitative et quantitative et qui reposent sur des groupes d'actes. Plusieurs instruments de mesure validés ont ainsi été créés en réponse à des problématiques ciblées :

- Réaliser des Comparaisons internationales (« interventions traceuses »)
- Qualifier la chirurgie ambulatoire (« actes marqueurs ») construits par l'AFCA
- Inclure une dynamique de développement de la chirurgie ambulatoire (« gestes marqueurs » de l'enquête PNIR de l'Assurance Maladie) (1).

Indications chirurgicales et problématique de développement

Tous reposent sur une notion commune de choix limité mais significatif d'actes couramment pratiqués en chirurgie ambulatoire.

Dans la mesure où ces actes ont été choisis de façon à faire sens dans l'étude d'une pratique ambulatoire, ils sont en général des bons « candidats » à une activité ambulatoire courante (cela dit, certains actes comme la cholécystectomie ou l'hystérectomie figurent dans les comparaisons internationales). Ils peuvent donc guider des praticiens qui ne sauraient imaginer quoi faire en ambulatoire si cela était crédible? Peut-on croire en effet, que chirurgiens ou anesthésistes aient besoin de l'avis d'une société savante pour savoir qu'une cataracte, une hernie, une arthroscopie accompagnée d'une anesthésie adaptée peuvent être pris en charge avec quelques heures d'hospitalisation. Les patients qui séjournent actuellement en hospitalisation la veille et le lendemain (voire aussi le surlendemain) d'une intervention sont-ils là à leur propre bénéfice sur un fondement d'exigence médicale ou bien sont-ils placés à notre disposition, du fait des choix organisationnels que nous avons faits, fondés sur les exigences des médecins et des soignants? La question est de remettre le patient au centre du dispositif et non plus le ou les professionnels de santé. C'est

avant tout une évolution culturelle. Une fois le « pas » culturel franchi, le problème de la liste d'indication est tout à fait secondaire.

Il serait donc malvenu de livrer une liste d'indications recommandées ou recommandables pour une prise en charge ambulatoire, ou de décliner les références de la littérature sur les performances réalisées par les équipes étrangères. On peut toutefois soutenir que les gestes marqueurs tels qu'ils ont été décrits dans l'enquête de l'Assurance Maladie, du fait de leur fréquence, seront représentés dès lors que l'activité de la discipline considérée sera présente.

Ainsi, on peut envisager de projeter une activité ambulatoire à partir d'un catalogue d'actes dont le squelette serait, par exemple les gestes marqueurs de l'Enquête de l'Assurance Maladie, qui représentent en fonction des régions entre 30 et 50 % du volume des actes chirurgicaux éligibles à l'ambulatoire, et que chaque praticien enrichi des actes qu'il estime pouvoir s'accompagner de la même prise en charge dans une structure donnée. Nous renvoyons donc le lecteur à la méthodologie des gestes marqueurs de l'enquête de l'Assurance Maladie car derrière chaque geste marqueur il y a un groupe d'acte au sens du codage PMSI, et maintenant CCAM.

Il est clair que le volume d'actes envisagé est colossal. En effet, derrière la question « peut-on faire tel acte en ambulatoire? » la véritable interrogation qui se profile est « combien d'actes de ce type peut-on faire? ». En fait, au-delà de cette indication purement médicalisée, il est indiscutable que la question de savoir si l'établissement peut ou doit s'investir dans le développement de la chirurgie ambulatoire, compte tenu des contraintes et de la nécessaire évolution culturelle qu'elle entraîne, doit se poser en terme stratégique. La réflexion sur l'ambulatoire est donc une réflexion d'ensemble et qui ne se limite pas à quelques professionnels.

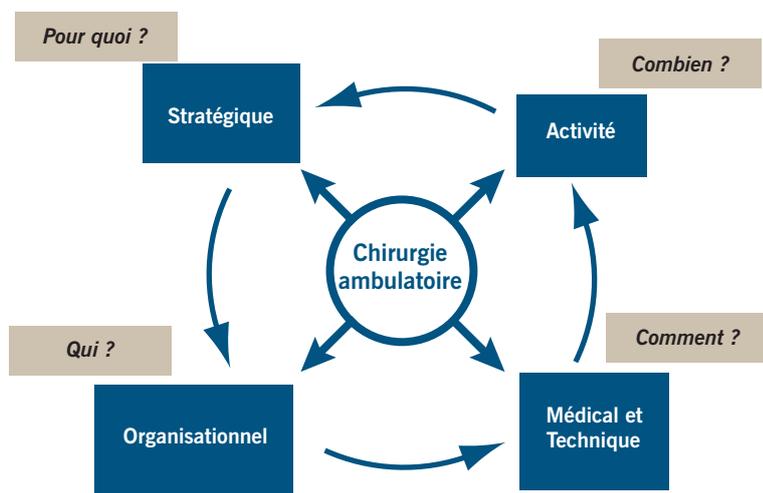
Les problématiques de développement

La chirurgie ambulatoire peut se décomposer en quatre dimensions qui peuvent aider à mieux situer les problématiques rencontrées dans sa conception et sa mise en œuvre (figure 1). Chacune de ces dimensions peut s'explorer par un questionnement spécifique :

- **Comment?** C'est l'interrogation sur les techniques qu'elles soient anesthésiques, chirurgicales ou bien liées à l'environnement architectural ou logistique. La littérature médicale anglo-saxonne est riche de publications sur ce domaine et de plus, les singularités techniques médicales liées à la pratique de la chirurgie ambulatoire sont rares, en effet, gestes chirurgicaux et protocoles anesthésiques n'ont pas de spécificité, les objectifs, de rigueur, de qualité et de sécurité étant à l'évidence partagés quel que soit le mode de prise en charge du patient. Les données logistiques et architecturales sont plus spécifiques et obéissent à une logique de flux. Les réponses les plus pertinentes se trouvent à l'évidence par des visites de sites différents. Plus que la connaissance des techniques, c'est leur mise en œuvre qui peut poser problème dont il faut chercher l'origine dans la dimension suivante :

- **Qui?** c'est l'interrogation sur l'organisation,

Figure 1
Les problématiques de développement



ement en chirurgie ambulatoire, le point de vue de l'AFCA

les responsabilités et les modes de décision. C'est-à-dire qui établit les règles de sélection, de fonctionnement et de programmation, qui donne les arbitrages? C'est la désignation, la légitimité et l'efficacité du médecin coordonnateur qui est en cause. Si les difficultés sont à ce niveau, les possibilités de résolution sont au niveau suivant :

■ Pour quoi? c'est l'interrogation non pas sur les raisons (pourquoi) mais sur les buts, les objectifs, les ambitions (pour-quoi?) du développement de la chirurgie ambulatoire dans un établissement. Ceci renvoie de fait au projet d'établissement et à sa stratégie médicale globale. En l'absence d'une volonté politique forte et claire, il est peu vraisemblable que l'organisation nécessaire soit mise en place et que par conséquent les techniques rigoureuses puissent être déployées dans des conditions favorables. Si l'on est confronté à la carence du raisonnement ou de la volonté stratégique, c'est que les éléments fondateurs de décision sont absents ou méconnus. Ce sont ces données qui constituent l'aspect suivant.

■ Combien ? C'est le questionnement sur le dimensionnement de l'activité ambulatoire non seulement au niveau de l'établissement de soins mais aussi la place occupée ou escomptée par celui-ci dans l'offre de soin régionale. C'est donc une réflexion sur le potentiel disponible, qu'il s'agisse des ressources de la structure, ou des patients éligibles au niveau du bassin de vie. C'est le fondement du positionnement de l'établissement vis-à-vis des besoins de santé dans son périmètre et donc de son projet stratégique. Il y a à l'évidence un besoin d'information médicale et d'analyse qui ne se limite pas aux données d'un établissement mais nécessite l'intégration de données territoriales régionales ou nationales.

Des données propres à fonder une stratégie médicale

L'enquête de l'Assurance maladie publiée en 2001 (1) a apporté les premiers éléments descriptifs fondamentaux et spécifique-

ment français en établissant le potentiel de patients éligibles sur des données originales intégrant pour la première fois les variables environnementales et médicales. De plus la mise au point d'une typologie des établissements a permis d'identifier des établissements plus ou moins porteurs vis-à-vis du développement de la chirurgie ambulatoire et une étude des dépenses à confirmer dans notre système de santé le moindre coût pour la collectivité des prises en charge ambulatoires. La constitution d'un observatoire de la chirurgie ambulatoire a contribué en suite à donner une vision dynamique de l'évolution des typologies et a permis de suivre de fait l'évolution des établissements (2). Un second rapport publié en 2004 et la poursuite de l'analyse est programmée sur les années suivantes. Enfin, l'approche de l'activité ambulatoire sous l'angle des volumes et des taux de substitution a conduit à raisonner sur la chirurgie dans son ensemble et permis d'étudier les parts de marché des établissements (3). Il semble alors que les gains de part de marché se soient effectués dans le champ de la prise en charge ambulatoire comme le montrent les chiffres du secteur libéral tant au niveau national que régional. Un des points remarquables réside dans l'association des parts de marché des hospitalisations complètes qui suivent celles de l'ambulatoire (perte ou stagnation si les parts de marché ambulatoire chutent, croissance si elles augmentent). Même si médicalement les deux modes de prise en charge sont des alternatives, en terme de stratégie de développement ils sont indissociables et synergiques car les structures qui ont développé l'ambulatoire ont vu également se développer leur activité d'hospitalisation complète. Ainsi au-delà de la simple « substitution » que l'on peut opérer entre hospitalisation complète et ambulatoire, il semble que la capacité à exercer une activité ambulatoire agisse comme un « produit d'appel » captant un flux de patients propre à enrichir les deux modes de prise en charge. Ces données qui résultent de l'information médicale nourrie par les établissements et analysée par un

groupe d'expert sont librement accessibles et doivent être largement diffusées afin que les établissements se les approprient en retour et les intègrent dans leur réflexion stratégique. Les SROSS de troisième génération sont en cours d'élaboration et une note toute récente de la DHOS à destination des ARH présente les éléments méthodologiques propres à faciliter les réflexions sur le développement des prises en charge ambulatoires.

La chirurgie ambulatoire a connu ces dernières années un développement sur certains sites du fait de professionnels impliqués et dans le même temps la lisibilité des activités et des pratiques s'est accrue du fait des enquêtes réalisées qui ont permis une démonstration du potentiel français et mis au jour les véritables enjeux. Au-delà de l'implication des professionnels de terrain, les éléments nécessaires à l'élaboration de stratégies de développement incluant la chirurgie ambulatoire en particulier dans les établissements publics sont aujourd'hui disponibles. Les choix qui en résulteront devraient permettre la généralisation de structures performantes susceptibles d'assumer une offre de soins de qualité. ■

Références

- 1- Conditions de développement de la chirurgie ambulatoire ; PNIR, octobre 2003 ; le rapport de synthèse est disponible sous www.ameli.fr
- 2- Observatoire National Chirurgie Ambulatoire : Typologies des établissements de santé en 2001. CNAMTS, novembre 2004 ; l'intégralité du rapport est disponible sous www.ameli.fr .
- 3- Evolution des parts de marché de la chirurgie «classique» dans 20 régions entre 1999 et 2001 : réalités et perspectives . CNAMTS, novembre 2004 ; l'intégralité du rapport est disponible sous www.ameli.fr

Les Internes et regain ou désa

Dr Pierre LOULERGUE

Président de l'Inter Syndicat National
des Internes des Hôpitaux des villes de faculté

L'année 2004 aura été riche en événement pour la chirurgie française : création d'un conseil national pour la chirurgie, mouvements de protestation initiés par Chirurgiens de France, à l'initiative de chirurgiens libéraux, relayé par le mouvement hospitalier de Chirurgie Hôpital France. La chirurgie ne souffre cependant pas d'une affection aiguë menaçant son pronostic vital à court terme. Le mal est plus profond, plus insidieux.

À l'origine de ces manifestations, une grande diversité de symptômes : des libéraux inquiets pour leur relève, des tarifs de responsabilité civile professionnelle aberrants et injustifiés, des actes sous-valorisés ; des hospitaliers redoutant quant à eux un transfert de chirurgiens vers le secteur privé faute de valorisation de la chirurgie publique.

Un point commun à cela : la démographie médicale en chirurgie. Voilà effectivement la vraie question posée, personne ne s'y est trompé. Si un traitement symptomatique permet de passer un cap, seul un traitement étiologique permet la guérison.

La situation est certes critique, mais le pire n'est pas inéluctable si l'on prend la peine d'analyser les causes et d'y répondre intelligemment.

Un désintérêt qui connaît une croissance rapidement progressive

Il est inutile de se voiler la face, la chirurgie est réellement en crise, chacun le sait. Mais les raisons invoquées ne sont parfois pas les bonnes et les tendances sont également mal analysées.

Des causes multiples

À en croire certains, le désintérêt des jeunes médecins pour la chirurgie tient à une sorte de malédiction inévitable. Je ne partage pas ce fatalisme. Les causes sont multiples et on peut les individualiser. D'abord la pénurie de jeunes médecins.

C'est la cause la plus évidente et celle qui est le plus souvent omise. Nous sommes en effet passés par des concours hypersélectifs et arrivons aujourd'hui au moment du choix de spécialité trois fois moins nombreux qu'il y a 20 ans. Il est de ce fait très étonnant pour nous de s'entendre dire par ceux-là même qui ont fait du concours de 1^{re} année ce qu'il est que les Internes délaissent certaines spécialités. Comment assurer la relève tout en étant trois fois moins nombreux ? L'équation n'est pas simple à résoudre. Depuis l'instauration du concours de 1^{re} année en 1973, la réduction des effectifs a poursuivi sa progression, privant ainsi nos aînés, notamment chirurgiens, d'une relève pourtant indispensable. Et même si les chiffres ont été revus timidement à la hausse ces

dernières années, il faudra attendre six ans, soit la durée du 1^{er} et du 2^e cycle des études médicales, avant de voir cette augmentation porter ses fruits sur le nombre de jeunes chirurgiens en formation. Et cinq à six années de plus avant de voir ceux-ci s'installer dans le secteur privé ou public. Il va donc falloir être patient et cesser de brandir la menace d'une catastrophe démographique puisque la relève est en marche. Preuve que gérer la démographie d'un métier aux études longues n'est pas chose facile, surtout quand on veut agir sans ceux qui sont à l'intérieur.

Ce manque de visibilité à long terme de certains politiques a contribué à créer cette situation. Nous faisons aussi les frais d'un manque de visibilité sur les carrières chirurgicales. Contrairement à d'autres spécialités, nos aînés chirurgiens font trop peu de prosélytisme auprès des jeunes. *A contrario*, les anesthésistes-réanimateurs ont su valoriser leur spécialité et ne manqueront pas de jeunes médecins motivés. Notre expérience nous a prouvé que le choix de la chirurgie se faisait pendant l'externat, à l'occasion d'un premier contact avec la spécialité. Il faut intéresser les étudiants en médecine très tôt car les mythes ont la vie dure et il sera difficile de faire voir la réalité à des étudiants désabusés par les clichés que l'on connaît. C'est là un rôle qui incombe aux aînés, internes de chirurgie en formation, chirurgiens libéraux, chirurgiens hospitaliers. Le manque de perspectives précises dans les différentes carrières chirurgicales possibles est un facteur de délaissement certain chez les plus jeunes, et parfois même un facteur de renoncement de la part de ceux qui avaient la vocation.

Enfin, il est nécessaire de prendre en compte la dimension de pénibilité. Le terme de qualité de vie est très utilisé, d'aucuns le croient galvaudé, mais il a le mérite de signifier que la nouvelle génération aspire à une répartition raisonnée du temps entre la vie pro-

la chirurgie : veu ?

fessionnelle et la vie privée. Ces ambitions sont celles de notre génération, pourquoi les jeunes médecins y échapperaient ? Quant aux spécialités chirurgicales, certaines d'entre elles sont bien par leur rythme de travail et de garde, des métiers contraignants dont tous les étudiants en médecine sont conscients au moment du choix. Et cette pénibilité fait partie des points négatifs pour un jeune qui choisit sa voie. D'autant plus que ce rythme difficile ne dure pas que le temps de l'internat mais se poursuit après l'installation.

Rappelons-nous que nous sommes en période de pénurie de jeunes médecins. Est-ce si aberrant de voir les jeunes se tourner vers les spécialités jugées moins pénibles, permettant d'accéder à une meilleure qualité de vie ? Rien de plus normal et de plus prévisible.

Et maintenant que tout le monde, semble-t-il, a découvert ce creux démographique et que la barre a été redressée, qu'observons-nous quant aux choix de ces spécialités ?

Une tendance qui s'accroît

L'année 2004 a été une année de réforme pour l'accès au 3^e cycle des études médicales, c'est-à-dire le choix d'une spécialité médicale ou de la médecine générale. Le Concours C de l'Internat, seule voie d'accès aux spécialités médicales et chirurgicales de 1984 à 2004, est remplacé par l'Examen National Classant, passage obligatoire pour les étudiants avant d'accéder au 3^e cycle de médecine spécialisée ou générale. L'évolution peut paraître subtile, toujours est-il que l'année 2004 était aussi une année de transition où coexistaient les deux concours.

Suite à la Commission Nationale des Études Médicales, chargée de faire des propositions pour la répartition des postes de spécialités, le ministère a prévu la création de 340

postes supplémentaires pour les spécialités chirurgicales. Cette augmentation nous a satisfaits puisqu'elle va tout à fait dans le sens de ce que nous avons proposé à la commission, et qu'en outre elle n'est pas dénuée de bon sens compte tenu de ce que nous avons déjà dit.

Nous attendions, comme beaucoup, de voir comment ces postes allaient être choisis par nos futurs collègues. Regain d'intérêt ? Désaveu national ?

Les premiers chiffres montrent que nous pouvons nous réjouir. Les premières places de chirurgie sont toujours prises par les étudiants les mieux classés. La formation d'excellence dont un jeune médecin peut bénéficier en chirurgie en France est une réalité. Ces chiffres montrent que les jeunes ne s'y trompent pas.

Mais rapidement des différences apparaissent avec les années antérieures. Les écarts se creusent et les derniers à avoir choisi les filières chirurgicales, appelés « rangs limites », sont beaucoup plus loin dans le classement que les années précédentes. Le désintérêt annoncé se manifeste au niveau de cette population de futurs internes qui n'osent pas choisir la chirurgie même s'ils ont une certaine motivation.

Si de toute évidence la qualité d'un médecin ne saurait se juger sur un seul classement à un concours (ou « examen classant ») dont on connaît les limites, le constat est symptomatique d'un vrai mal-être de la chirurgie. Les rangs limites et le caractère particulièrement étiré des choix de postes de chirurgie montrent que les jeunes médecins à l'heure du choix font le choix de la raison. Et à part une élite à la vocation inébranlable, les questions se posent fortement, au point de remettre en cause un choix potentiel vers la chirurgie.

Malgré ces difficultés, la chirurgie n'est pourtant pas amenée à disparaître. Pour intéresser de nouveau les jeunes médecins, il faut

dra s'attacher à restaurer l'attractivité de la chirurgie. Certes il s'agissait autrefois d'une discipline reine, mais loin de toute nostalgie stérile, nous devons tous apporter des éclairages nouveaux sur l'avenir afin d'attirer durablement les générations à venir.

Une situation réversible mais instable

Il aura fallu un temps de latence certain avant la prise de conscience, malgré les alertes répétées que nous avons émises. Nous vivons les situations de l'intérieur et avons anticipé la pénurie, mais avons hélas manqué d'écoute. Aujourd'hui le constat est assez largement partagé pour aboutir à l'initiation d'actions correctrices. Celles-ci devront être justes pour pouvoir montrer leur efficacité.

Des causes curables

La solution princeps à laquelle il faut s'attacher car elle est la seule qui permettra de pérenniser la situation quand elle sera devenue favorable, est l'augmentation du nombre de médecins. Le rapport Berland préconisait en 2002 que l'on ouvre le concours de 1^{re} année à 8000 postes, seul chiffre capable de nous faire revenir d'ici 2015 aux chiffres de démographie actuels, d'après des projections démographiques réalisées par la DRESS. En effet, les prochaines années vont voir de nombreux départs en retraite, notamment de chirurgiens et nous n'échapperons pas au creux de la vague. Le taux a été augmenté par le ministère, mais trop timidement puisque nous ne sommes qu'à 5700 étudiants entrant en 2^e année de médecine.

L'augmentation du nombre d'internes aura pour effet immédiat la répartition de ceux-ci dans toutes les spécialités, y compris celles qui semblent artificiellement délaissées du fait de la pénurie.

Les Internes et la chirurgie : regain ou désaveu ?

On ne peut imaginer que tous les jeunes internes aient pour but de faire la même spécialité. Si certaines sont jugées plus attractives, cela est dû nous l'avons vu à la pénurie, et aussi à une différence d'évolution et de perspectives.

Restaurer l'attractivité des spécialités est un enjeu majeur. Un de ces enjeux qui permettra de stabiliser la démographie en médecine et en chirurgie. C'est une mesure d'accompagnement fondamentale de l'augmentation du nombre de professionnels pour que ceux-ci se répartissent de façon homogène. Assurer l'effet « publicitaire » d'une spécialité auprès du plus grand nombre, étudiants en médecine, internes, médecins, est un moyen efficace pour ventiler de façon optimale les voies d'accès aux spécialités à l'issue de l'internat.

Pour actionner ce levier au maximum, l'ouverture de terrains de stage d'externes et d'internes dans des spécialités très diverses s'impose. Pour cela, il est indispensable de favoriser les échanges entre centres hospitaliers universitaires car toutes les spécialités ne sont pas présentes partout et chaque étudiant devrait pouvoir avoir accès à tout le panel des spécialités médicales et chirurgicales existantes, sinon comment s'étonner que celles-ci n'aient plus de relève. Quant aux échanges internationaux, leur succès auprès des étudiants dans les facultés qui les proposent parle de lui-même, et il est temps que le potentiel d'échanges s'accroisse.

Il existe donc un devoir d'information des plus jeunes par les aînés, qu'il s'agisse des internes, des médecins installés, en exercice libéral ou hospitalier, des sociétés savantes, des syndicats. Son efficacité a été prouvée dans le passé dans certaines spécialités, la tendance doit se généraliser.

Repenser l'internat est le dernier aspect. Ce n'est certainement pas là le point le plus simple à réaliser car il fait appel à une évolution des mentalités. Il ne s'agit pas de s'opposer à un internat archaïque qui a vécu, mais de redéfinir un équilibre nouveau accordé aux visions d'aujourd'hui et aux perspectives de demain.

Cela passe par plusieurs étapes et d'abord celle de l'évaluation. Si nous avons accepté

depuis longtemps l'idée de l'évaluation des pratiques professionnelles, nous avons aussi beaucoup travaillé sur le sujet et l'évaluation qui ne peut se concevoir que si elle est bilatérale. Nous jouerons le jeu de l'évaluation avec d'autant plus de sérénité et de complaisance que les grandes lignes que nous avons proposées seront respectées et que nous pourrons à notre tour évaluer nos terrains de stage. Le but étant notre formation, il faut tenir compte de notre avis sur les stages pour pouvoir nous évaluer correctement. Et tenir compte de cette évaluation pour que les agréments de stage ne soient pas une donnée immuable même si elle est parfois injustifiée et que le caractère formateur d'un service soit en partie jugé par les personnes qu'il doit former.

L'autre étape majeure est le respect de nos prérogatives universitaires. Les journées de formation prévues dans nos statuts sont trop souvent effacées au profit du travail quotidien dans le service qui, même s'il est indispensable à notre formation, doit s'accompagner nécessairement d'une formation universitaire. Quant au rythme de travail, deux études récentes du *New England Journal of Medicine*, référence médicale incontestée, ont montré que les erreurs médicales graves étaient proportionnelles au rythme de travail. Les conclusions sont logiques et devraient aboutir à une réorganisation raisonnée de notre formation spécialisée. Si l'on veut réellement nous donner les moyens d'être des praticiens performants et adaptés aux exigences actuelles, qu'elles soient médicales, scientifiques ou organisationnelles, il faut travailler dans un système compliant et dynamique.

Des disparités importantes après l'internat L'équilibre exercice privé – exercice public est un équilibre précaire dans le monde médical. Certainement parce que la pratique médicale a toujours été exclusive de l'une ou l'autre partie. Les différentes études que nous avons menées auprès des internes montrent qu'aujourd'hui les jeunes plébiscitent un exercice mixte, témoin direct de la volonté de travailler en groupe.

Néanmoins, il est indéniable que l'exercice hospitalier a largement perdu de sa crédibilité

et de son prestige dans la génération à venir. L'hôpital n'est plus pour les jeunes médecins le lieu de l'excellence. Le salut ne vient pas non plus des structures PSPH, longtemps considérées comme la panacée de la médecine française, mêlant la rigueur budgétaire du privé à une diversité de pathologies digne de l'hôpital public. Tout ceci n'étant que clichés séculaires, il est difficile que ce ne soit pas encore un cliché qui prenne aujourd'hui le dessus, celui de l'exercice libéral qui ne saurait mener qu'à d'extraordinaires revenus permettant une vie aisée...

Bien évidemment, la réalité se situe au centre de gravité de tous ces aspects caricaturaux. Et la pratique à venir se fera nécessairement dans un partenariat étroit entre privé et public, entre structures de proximité et structures hospitalo-universitaires, car c'est notre volonté d'exercice futur et que cela va dans le bon sens.

Dans un contexte où le privé attire sur des arguments douteux, surtout parce que l'hôpital est dans l'imaginaire des jeunes médecins en perte de vitesse, il est fondamental de briser les mythes et de dispenser une juste information sur les différentes façons de pratiquer le métier de médecin.

Quel bilan peut-on faire? Il est tout d'abord licite de dire que le choix des internes n'est pas un désaveu pour la chirurgie. L'état actuel est particulièrement critique, mais les causes à la fois conjoncturelles et structurelles peuvent être surmontées, et une lutte efficace contre le désintérêt croissant est indispensable avant qu'il ne soit trop tard.

Un regain est possible. Les vocations sont là. Elles l'étaient il y a quelques années quand la chirurgie était très cotée, elle le sera quand plusieurs aspects auront été retravaillés.

Pour cela, l'hôpital doit redevenir un lieu d'exercice attractif pour les futurs professionnels que nous sommes. Cela doit-il passer par une rémunération différentielle des spécialistes?

Les internes attendent un signal fort, un engagement effectif auprès des futurs professionnels pour apporter ensemble des solutions pérennes au défi démographique. ■

QUESTIONS D'ACTUALITÉ

Le DIM confronté à la prévision d'activité de son établissement

Dr Emmanuel HORNUS

L'irruption de la T2A dans le paysage hospitalier a remis à l'honneur l'impérieuse nécessité de prévoir l'activité de demain.

Avant la mise en place définitive des états prévisionnels de recettes et de dépenses, les directives budgétaires prévoient en effet, dès maintenant, que des prévisions motivées soient envoyées aux ARH. Mais même en dehors des demandes administratives, la mise en vigueur de la T2A renferme en elle-même un parfum de concurrence et qu'ils le veuillent ou non, les établissements de soins vont se disputer les parts de marché. Les investissements sont et ont toujours été gagés sur les évolutions prévisibles de l'offre de soins.

Les débats locaux sur les restructurations ne peuvent que s'appuyer sur ce genre d'étude et l'on voit bien que c'est toute la stratégie de nos hôpitaux qui est concernée.

La connaissance de l'activité médicale à travers le PMSI prend tout son sens et son importance, mais désincarnée de son environnement elle a bien peu de chance d'être utile. C'est pourquoi il est indispensable de la projeter dans une triple dimension géographique, temporelle et politique.

Géographique, c'est l'étude des zones d'attractivité mais aussi des fuites et des parts de marchés. Cette réflexion intéresse de plus en plus de monde et l'on voit sur le site de la FHF la mise à disposition de la BDHF, banque de donnée hospitalière de France, qui permet à chacun de mieux connaître son périmètre d'activité. L'ATIH aussi avec le site PARHTAGE qu'elle met à la disposition des ARH mais aussi de l'ensemble des acteurs du monde hospitalier et où l'on peut

trouver des documents cartographiques particulièrement intéressants. Temporelle, car l'activité de demain est étroitement liée aux évolutions démographiques et les outils prévisionnels de l'INSEE sont devenus l'outil quotidien des DIM. La BDHF permet d'ailleurs des requêtes performantes à ce niveau.

Politique enfin, si tant est que le SROSS 3 puisse être qualifié ainsi, mais la connaissance des réorganisations plus ou moins proches (en temps et en distance) de l'offre de soins revêt toute son importance stratégique.

Les outils ne font que commencer à se mettre en place et les médecins d'information médicale ont bien du mal à s'y retrouver. Aucun site, aucune publication n'en fait en effet l'inventaire. L'accessibilité aux données est coûteuse en temps et même parfois en argent. La pertinence de ces données n'est connue que par un petit groupe d'initiés et leur utilisation n'est pas toujours simple. Et c'est bien autour du DIM que cette réflexion et ce travail doivent se faire car il est le seul localement à pouvoir juger de la valeur et de la pertinence des données qu'il manipule, et il est capital qu'ils puissent travailler et partager leurs moyens avec les contrôleurs de gestion qui se font de plus en plus nombreux dans nos hôpitaux.

C'est pourquoi il est indispensable que nous nous penchions sur l'amélioration des moyens qui devraient être à notre disposition et à la formation de leurs utilisateurs. Sinon rapidement le marché va s'emparer de cette manne avec les dérives possibles de la manipulation d'informations si sensibles. ■



Patrimoine hospitalier

L'histoire d'un patrimoine architectural étonnant.

Anne Pétilot
Photographies de Georges Fessy

Format : 23 x 29 cm, Relié sous jaquette.

336 pages, 420 ill. couleur.

Prix public : 48 €

ISBN 2 86656 349 2 - Code 971 221 8

Coédition avec la Fédération hospitalière de France

Disponible en librairie

Éditions Scala, Passage Lhomme, 26, rue de Charonne, 75011 Paris

Tél. 01 49 29 42 25 – Fax. 01 49 29 99 33

E-mail : editionsscala@editionsscala.com – www.editionsscala.com

Contact libraires : Marie Bourdet – Diffusion – Distribution CDE / SODIS

EDITIONS
SCALA



34th IHF congress nice 2005 france 20-22 September

34^e Congrès de la Fédération internationale des hôpitaux

Les défis de l'hôpital risques, qualité, compétences et recherche

Nice • Acropolis

Le défi des risques

Mardi 20 septembre 2005

- L'hôpital, acteur du développement durable
- Gestion du risque anesthésique au bloc opératoire
- Assurance responsabilité médicale et sécurité des patients

Le défi de la qualité

Mercredi 21 septembre 2005

- La culture à l'hôpital
- Définition des indicateurs et benchmarking
- La recherche en management hospitalier
- Classement des établissements hospitaliers

Le défi de la compétence

Mercredi 21 septembre 2005

- La formation postdiplôme des personnels paramédicaux : défis et opportunités
- Compétence : quels enjeux pour quels métiers demain ?
- Reconnaissance et valorisation des hospitaliers

Le défi de la recherche

Jeudi 22 septembre 2005

- Santé en ligne : impact sur l'évolution des hôpitaux
- Recherche à l'hôpital : financement, évaluation, impact
- Recherche clinique à l'hôpital : approches juridique, médico-scientifique et éthique

L'inscription 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 : Adhérents à la FIH : 460 €
Autres : 500 €

Modalités d'inscription

Bulletin à adresser à :
Fédération hospitalière de France

www.fih2005.com



Organisé par Fédération hospitalière de France

33, avenue d'Italie - 75013 Paris
Tél. : + 33 (0) 1 44 06 84 44
Fax : + 33 (0) 1 44 06 84 45
Site : www.fhf.fr

Opérateur, chargé de la gestion logistique

HÉRAL 44, rue Jules-Ferry - 94784 Vitry-sur-Seine Cedex
Tél. : + 33 (0) 1 45 73 69 20
Fax : + 33 (0) 1 46 82 55 15

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, téléphone 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 ou des fichiers qui comprennent l'article et/ou les tableaux, le logiciel utilisé et le système d'exploitation.

Enregistrer le texte dans un fichier, les tableaux (sans trame) dans 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, indiquer le nom de tous les auteurs si leur nombre est égal au plus à six ; au-delà, citer 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 :

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

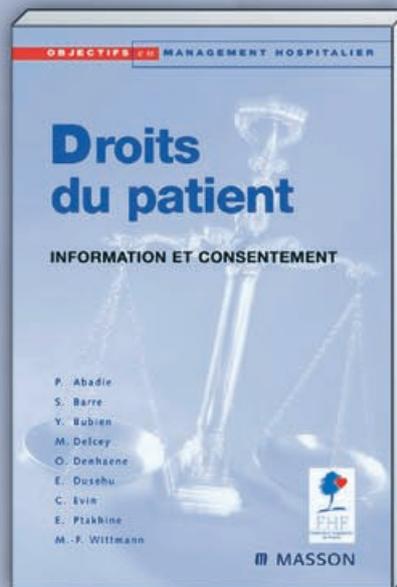
Bulletin à retourner à :
Fabien Viry

LETTRE 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



Pour découvrir les nombreuses facettes de l'innovation hospitalière, de l'amélioration de l'accueil au développement de réseaux de soins. Cet ouvrage s'adresse à la fois aux professionnels de l'hôpital et aux chercheurs en sciences sociales.

144 pages • 36 €



Cet ouvrage explicite le contenu et l'étendue du droit à l'information du patient tel que défini par la nouvelle loi du 4 mars 2002. Il décrit également les implications qui en résultent sur les notions de consentement et de confidentialité. Ce livre s'adresse à l'ensemble des acteurs de santé et des établissements de soins.

176 pages • 32 €

MASSON



Bon de commande

À renvoyer accompagné de votre règlement à :

MASSON - Service clients
21 rue Camille Desmoulins - 92789 Issy les Moulineaux cedex 9
Tel: 01 73 28 16 34 - Fax: 01 73 28 16 49

Titre	Code article	P. U.	Qté	Montant à régler
L'Hôpital innovateur : F. Djellal, C. Gallouj, F. Gallouj, K. Gallouj	2 294 01606 8	36 €		
Droits du patient : P. Abadie, S. Barre, Y. Bubien, M. Delcey, ...	2 294 01719 6	32 €		
Total de votre commande				
Frais d'envoi				5 €
TOTAL GÉNÉRAL				

Mode de règlement choisi (cochez la case correspondante)

- Chèque bancaire ou postal à l'ordre de MASSON
 Carte bancaire :
 Carte Bleue Nationale Visa Eurocard/MasterCard

N° _____
 Notez les trois derniers caractères des 7 chiffres figurant au dos de votre carte bancaire _____

Expire fin _____ Signature : _____

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. : Fax :

Profession :