



Sujet / atelier : Organisations des soins ou système de santé dans le sommeil en France

Orateurs : Dr Amina ETTORCHI



Dr Amina ETTORCHI-TARDY

Médecin spécialiste en santé publique et Médecine Sociale

Médecin responsable de l'information médicale

Directrice de ETTA SANTE

Créatrice de la plateforme AIVA SANTE



Le système de santé

- <https://www.cleiss.fr/particuliers/venir/soins/ue/systeme-de-sante-en-france.html>
- <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/systeme-de-sante/article/systeme-de-sante-medico-social-et-social>
- <https://sante.gouv.fr/ministere/organisation/organisation-des-directions-et-services/article/organisation-de-la-direction-generale-de-l-offre-de-soins-dgos>
- <https://sante.gouv.fr/ministere/organisation/organisation-des-directions-et-services/article/organisation-de-la-direction-generale-de-la-sante-dgs>
- <https://www.ars.sante.fr/>
- <https://www.has-sante.fr/>
- <https://www.atih.sante.fr/>
- <https://www.ameli.fr/>

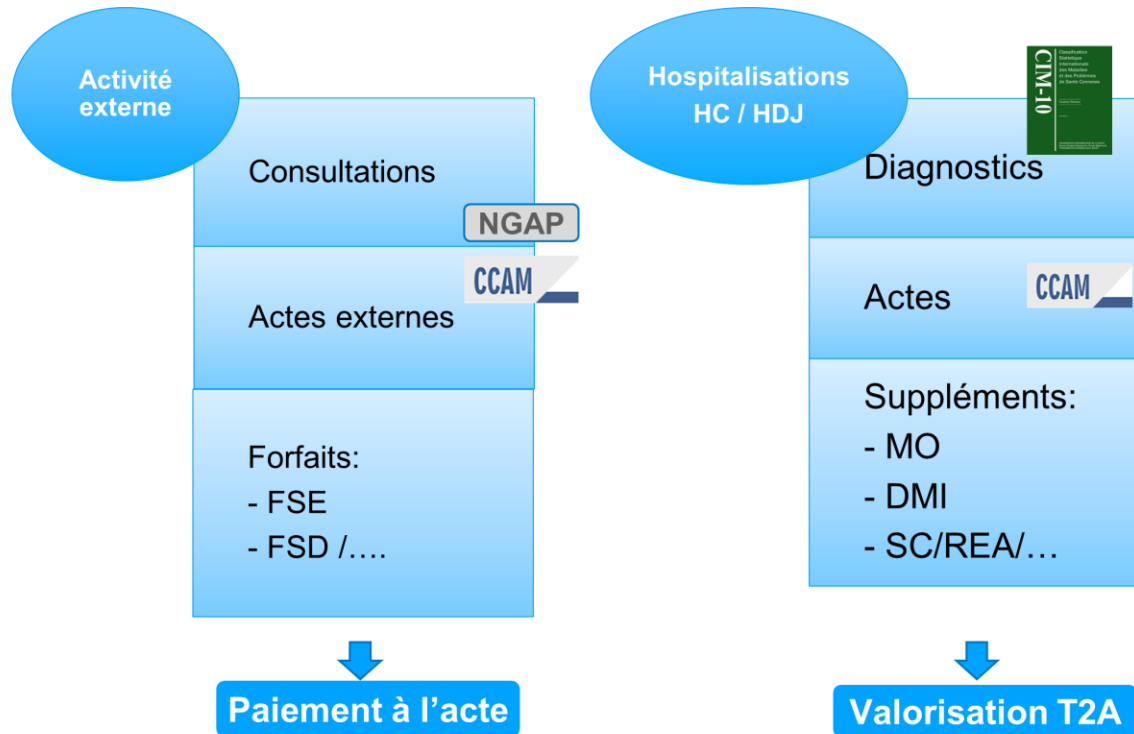
Principe fondamental

- Le système de santé français est fondé sur le principe de solidarité, assurant à tous l'accès aux soins quel que soit leur revenu.
- L'assurance maladie est financée par des cotisations sociales prélevées sur les salaires des travailleurs.

Le système de santé en France

- Le système de santé français s'appuie sur des structures multiples :
 - sanitaires (pour la prise en charge hospitalière),
 - médico-sociales et sociales (pour des publics dits « fragiles », âgés ou handicapés par exemple),
 - ambulatoires (pour les soins dits « de ville »).

2 types de prises en charge des patients



Organisation des soins

- Le système français comprend plusieurs niveaux de soins, allant des soins primaires aux soins spécialisés et hospitaliers.
- Les soins primaires sont dispensés par les médecins généralistes, les pédiatres, les sage-femmes, etc.
- Les soins spécialisés sont fournis par des spécialistes dans des domaines tels que la cardiologie, la dermatologie, etc.
- Les établissements de santé publics et privés (hôpitaux et cliniques) assurent les soins hospitaliers et d'urgence, ainsi que les interventions chirurgicales.

Accès aux soins

- Tous les résidents français ont accès à des soins de santé de base, quel que soit leur statut d'emploi ou leur revenu.
- Les patients peuvent choisir librement leur médecin traitant et ont le droit de consulter un spécialiste sans avoir besoin d'une référence préalable dans la plupart des cas.

Pilotage du système de santé

- En France, le pilotage du système de santé est une responsabilité partagée entre plusieurs acteurs, notamment le gouvernement, les agences publiques de santé, les professionnels de santé et les organismes d'assurance maladie.

Principaux organes de pilotage du système de santé (1)

1- Ministère du travail et de la Santé :

- Le ministère du travail et de la Santé est chargé de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique de santé nationale.
- Il élabore des plans de santé publique, émet des recommandations, et participe à la définition des politiques de financement et d'organisation des soins.

2 - Agences Publiques de Santé :

- La Haute Autorité de Santé (HAS) : Elle évalue l'efficacité, la pertinence et la sécurité des soins et des pratiques médicales, et formule des recommandations pour améliorer la qualité des soins.
- La Direction Générale de la Santé (DGS) : Elle est responsable de la surveillance de la santé publique, de la prévention des risques sanitaires et de la gestion des crises sanitaires.

Principaux organes de pilotage du système de santé (2)

- Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) : Les agents de la DGOS élaborent et assurent la mise en œuvre des politiques publiques à même de répondre aux défis auxquels fait face notre système de santé, à savoir satisfaire les besoins de soins grandissants de la population tout en assurant la pérennité d'un financement solidaire, mais aussi mettre en œuvre les grandes orientations de la stratégie nationale de santé et de la stratégie de transformation de notre système de santé portées par le gouvernement.
- Agences Régionales de Santé (ARS) : chargées d'assurer un pilotage unifié de la santé en région, de mieux répondre aux besoins de la population et d'accroître l'efficacité du système.

Principaux organes de pilotage du système de santé (3)

3 - Organismes d'Assurance Maladie :

- L'Assurance Maladie : Elle est chargée de gérer les remboursements des soins de santé, de promouvoir la prévention et de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins.
- Les Comités Régionaux de l'Assurance Maladie (CRAM) et les Agences Régionales de Santé (ARS) : Ils sont responsables de la coordination et de la régulation du système de santé au niveau régional.

4 - Conseils Nationaux et Instances Consultatives :

- Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) : Il assure la déontologie médicale et contribue à la régulation de la profession médicale.
- Le Conseil Economique, Social et Environnemental (CESE) : Il émet des avis et des recommandations sur les politiques de santé et de protection sociale.

Principaux organes de pilotage du système de santé (4)

5 - Partenaires Sociaux et Acteurs Locaux :

- Les syndicats de professionnels de santé, les associations de patients et les collectivités territoriales jouent un rôle consultatif et participent à l'élaboration des politiques de santé au niveau local.

6 - ATIH Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation est un établissement public de l'État à caractère administratif placé sous la tutelle des ministres chargés de la santé, des affaires sociales et de la sécurité sociale. L'agence est chargée de :

- la collecte, l'hébergement et l'analyse des données des établissements de santé et médico-sociaux
- la gestion technique des dispositifs de financement des établissements
- la réalisation d'études sur les coûts des établissements
- l'élaboration et la maintenance des nomenclatures de santé

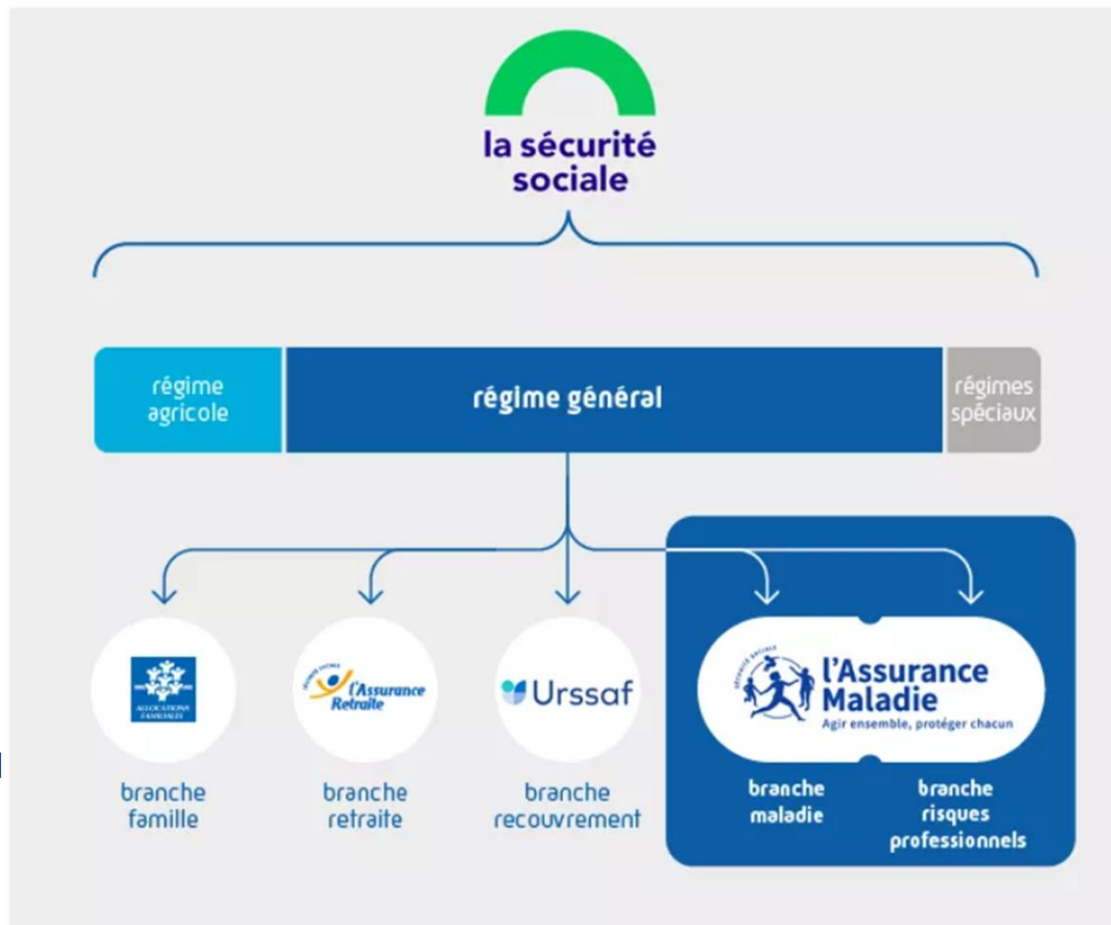
Financement

- Le financement du système de santé français repose sur plusieurs sources, notamment les cotisations sociales, les impôts et les paiements directs des patients.
- La Sécurité sociale couvre une grande partie des dépenses de santé, mais les patients peuvent également opter pour une assurance complémentaire privée pour couvrir les frais non remboursés.

Sécurité Sociale

- Créée en 1945, la Sécurité sociale « est la garantie donnée à chacun qu'en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes ». Elle repose sur un principe de solidarité, chacun participant à son financement selon ses moyens.
- Au sein de la Sécurité sociale, l'Assurance Maladie gère – pour le compte du régime général – les branches maladie et accidents du travail - maladies professionnelles.

Les régimes spéciaux sont au nombre de 27 : la SNCF, la RATP, le Sénat, les marins, les mines, le culte, etc.



La branche maladie de la sécurité sociale

- Elle assure la prise en charge des dépenses de santé des assurés et garantit l'accès aux soins. Elle favorise la prévention et contribue à la régulation du système de santé français. Elle recouvre les risques maladie, maternité, invalidité et décès.
- Pour le régime général, la branche maladie est gérée par la Caisse nationale de l'Assurance Maladie et son réseau qui se compose des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), des caisses générales de sécurité sociale (CGSS) dans les départements d'outre-mer, des directions régionales du service médical (DRSM), des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat), ainsi que des unions de gestion des établissements de caisse d'assurance maladie (Ugecam).
- Pour le régime agricole, c'est la MSA qui assure cette gestion.



Organisation des soins et financement du sommeil

- <https://www.ameli.fr/gironde/assure/sante/themes/insomnie-adulte>
- https://www.has-sante.fr/jcms/c_522637/fr/prise-en-charge-du-patient-adulte-se-plaignant-d-insomnie-en-medecine-generale
- https://www.has-sante.fr/jcms/r_1500930/fr/troubles-du-sommeil-stop-a-la-prescription-systematique-de-somniferes-chez-les-personnes-agees
- https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-04/po_277.pdf
- <https://reseau-morphee.fr/>
- <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/insomnie-de-l-adulte-1619.html#prise-en-charge>
- <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/organisation/securite-sociale>
- <https://www.ars.sante.fr/le-fonds-d'intervention-regionale>

Les troubles du sommeil

- De nature variée

Insomnie

Troubles respiratoires du sommeil (syndrome d'apnées obstructives du sommeil, troubles de la ventilation...)

Troubles moteurs du sommeil (syndrome des jambes sans repos, mouvements périodiques des jambes...)

Maladies du sommeil responsables d'hypersomnolence diurne (hypersomnie, narcolepsie)

Troubles du rythme veille/sommeil

Parasomnies : somnambulisme, terreurs nocturnes, cauchemars, bruxisme, énurésie...

Parcours Patients

- Les modalités pour faire le bilan et les prises en charge

Consultations
externes

Hospitalisations
complètes (avec
au moins une nuit)

Hospitalisation de
jour (0 nuit)

Domicile

Offre de soins

- Consultation de Médecin Généraliste
- Consultation de Médecin Spécialiste du Sommeil
- Centres de sommeil spécialisés
- Etablissements de santé (publics et privés)
- Réseaux (Exemple Réseau Morphée)

Bilans

- Enregistrement polysomnographique
- Enregistrement polygraphique
- TILE (tests itératifs de latence d'endormissement)
- TME (test de maintien d'éveil)
- Questionnaires
- Evaluations pluridisciplinaires : causes, retentissement, etc.

Prises en charge

- Hygiène du sommeil
- Appareillage PPC (pression positive continue) ou CPAP (Continuous Positive Airway Pressure)
- Orthèse d'Avancée Mandibulaire (OAM)
- Septoplastie
- Médicaments
- Thérapies cognitivo-comportementales
- Education thérapeutique

Financement des bilans et des prises en charge des troubles du sommeil

- Financement Assurance maladie

Actes et consultations externes	Hospitalisation complète	Hospitalisation De jour
• NGAP • CCAM	• GHM / GHS • NGAP / CCAM	• GHM / GHS • NGAP / CCAM

- MIG Mission d'Intérêt Général
- FIR Fonds d'Intervention Régional
- Article 51
- Paiement par le patient et/ou sa mutuelle
 - RAC : Reste à charge (Ticket modérateur)
 - Prises en charge non remboursables AM : dépassements d'honoraires, médecines douces, chambre particulière dans le cadre d'une hospitalisation, etc.

- Le financement par l'assurance maladie s'appuie sur le codage
 - Actes et consultations externes (codage des actes CCAM et NGAP)
 - Hospitalisations (Diagnostics CIM-10 et actes CCAM) → codage **PMSI**
→ **T2A (Tarification à l'activité)**

ACE – Actes et Consultations externes

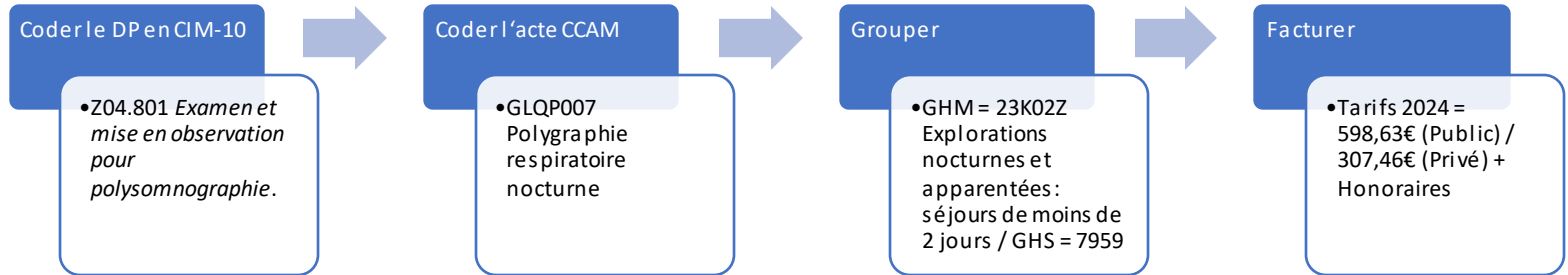
- Où ? Cabinets libéraux, centres de santé ou établissements de santé
- Qui ? Médecins libéraux (Honoraires médicaux) ou Médecins salariés (ACE pour le compte des établissements de santé)
- Quoi ? Activités ne nécessitant pas d'hospitalisation : consultations, polygraphie, etc

Les Médecins codent les consultations et actes selon les nomenclatures NGAP et CCAM (A facturer à l'AM+/- patient) + Droit aux dépassements d'honoraires selon réglementation.

Code CCAM	Texte	Tarif Secteur 1 / adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)	Tarif Hors secteur 1 / hors adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)
GLQP007	Polygraphie respiratoire nocturne	145,92	119,31

HDJ pour Polygraphie

- D'abord, il faut justifier pourquoi la polygraphie a lieu en hospitalisation et non en externe → Contexte patient (Alzheimer, handicap, etc).
- Nécessité de coder le PMSI, grouper et facturer.



Hospitalisation de 0, 1 ou 2 nuits pour Polysomnographie - Codage

Coder un DP/DR

- Lors des séjours (en général programmés) dont le motif a été une exploration nocturne ou apparentée telle qu'un enregistrement polygraphique : dans ce cas le code imposé pour le DP (Diagnostic Principal) est Z04.801 *Examen et mise en observation pour polysomnographie*.
- Ce DP s'impose quelle que soit la conclusion du séjour, qu'une maladie ait été diagnostiquée ou non.
- L'affection diagnostiquée ou la symptomatologie explorée est mentionnée comme DR (Diagnostic Relié) lorsqu'elle respecte sa définition.

+ Coder un acte CCAM

Actes CCAM polysomnographie (1)

01.01.01.06 Polysomnographie

La polysomnographie inclut la réalisation simultanée d'une électroencéphalographie sur une ou deux dérivations, d'une électrooculographie sur une ou deux dérivations, électromyographie mentonnière sur une dérivation, ainsi que de l'un des enregistrements suivants :

- électroencéphalographie sur au moins 8 dérivations supplémentaires,
- électromyographie sur au moins 2 dérivations supplémentaires,
- paramètres physiologiques cardiorespiratoires (bruits, flux et efforts respiratoires, SaO₂, fréquence cardiaque).

Avec ou sans : détermination des réglages d'un appareil respiratoire à pression positive continue [PPC] et leur adaptation manuelle.

Indication : diagnostic, contrôle et adaptation du syndrome d'apnée du sommeil, diagnostic de la narcolepsie avec ou sans catalepsie

Facturation : diagnostic initial, examen de contrôle après un délai de 3 mois, éventuel examen annuel de contrôle

Actes CCAM polysomnographie (2)

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif Secteur 1 / adhérent OPTAM/OPTAM- CO (en euro)	Tarif Hors secteur 1 / hors adhérent OPTAM/OPTAM- CO (en euro)	Rembt. ss Cdtions	Accord Préalable	Exo. TM	Regro upem ent
AMQP010	Polysomnographie de 4 à 8 heures, sans enregistrement vidéo <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique</i>	1	0	136,32	136,32			2	ATM
AMQP011	Polysomnographie de 4 à 8 heures, avec enregistrement vidéo <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique</i>	1	0	136,32	136,32			2	ATM
AMQP012	Polysomnographie de 8 à 12 heures, sans enregistrement vidéo <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique</i>	1	0	214,27	181,53			2	ATM
AMQP013	Polysomnographie de 8 à 12 heures, avec enregistrement vidéo <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique</i>	1	0	214,27	181,53			2	ATM
AMQP014	Polysomnographie de 12 à 24 heures, sans enregistrement vidéo <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique</i>	1	0	246,24	200,07			2	ATM
AMQP015	Polysomnographie de 12 à 24 heures, avec enregistrement vidéo <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i> <i>Environnement : spécifique</i>	1	0	246,24	200,07			2	ATM

Hospitalisation de 0, 1 ou 2 nuits pour Polysomnographie – Groupage et valorisation

- Le type d'établissement (public/privé) et la durée de séjour impactent la valorisation du séjour hospitalier.

0 ou 1 nuit

GHM = 23K02Z Explorations nocturnes et apparentées : séjours de moins de 2 jours

GHS = 7959

Tarifs 2024 = 598,63€ (Public) / 307,46€ (Privé)

2 nuits

23M20Z Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23

GHS = 7990

Tarifs 2024 = 2947,30€ (Public) / 1556,59€ (Privé)



Impact des modalités de financement et du codage sur le développement des activités

- Développement de l'HDJ avec la publication de l'instruction gradation des soins ambulatoires en 2020
 - Sécuriser les facturations des prises en charge en hospitalisation de jour
 - Reconnaître et valoriser un niveau de prise en charge « intermédiaire » situé entre l'activité externe et la prise en charge en hôpital de jour.
- <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/modalites-de-facturation-des-activites-ambulatoires-hospitalieres/article/modalites-de-facturation-des-activites-ambulatoires-hospitalieres>

→ Développement des bilans pluridisciplinaires du sommeil

Synthèse du séjour	DP	GHM	GHS 4 interventions	Tarif 4 interventions	GHS 3 interventions	Tarif 3 interventions
Bilan diagnostic						
	G47.* (Hors G47.3) Troubles du sommeil	01M331	325	375 €	359	152 €
Apnée du sommeil (Hors séjours polysomno)	G47.3 Apnée du sommeil	04M111	1171	395 €	5028	216 €
Insomnie non organique	F51.0 Insomnie non organique	19M20T	7132	192 €	7142	111 €
Syndrome anxio-dépressif	F41.2 Trouble anxieux et dépressif mixte	19M02T	7068	296 €	7006	152 €
Anxiété	F41.1 Anxiété généralisée	19M02T	7068	296 €	7006	152 €
Episode dépressif (hors symptômes psychotiques)	F32.11 Episode dépressif moyen, avec syndrome somatique	19M11T	7088	252 €	7010	138 €
Neurasthénie	F48.0 Neurasthénie	19M10T	7083	123 €	7009	111 €
État de stress post-traumatique	F43.1 État de stress post-traumatique	19M02T	7068	296 €	7006	152 €
Syndrome post-commotionnel	F07.2 Syndrome post-commotionnel	01M22T	280	428 €	5017	182 €
Ménopause	N95.1 Troubles de la ménopause et du climatère féminin	13M04T	5219	315 €	5240	152 €
Bilan de surveillance (de suivi)						
Insomnie connue et traitée. Bilan de l'évolution. Suivi médical.	Z09.8 Examen de contrôle après d'autres traitements pour d'autres affections / G47.* (Hors G47.3) Troubles du sommeil en DR	01M32Z	324	965 €	358	259 €
Insomnie connue et traitée. Bilan de l'évolution du Sd anxio-dépressif.	Z09.8 Examen de contrôle après d'autres traitements pour d'autres affections / F41.2 en DR	19M21Z	7133	617 €	7143	216 €

Et Bilan pluridisciplinaire pré orthèse OAM

Codage CIM-10 des troubles du sommeil

F51

Troubles du sommeil non organiques

Dans de nombreux cas, une perturbation du sommeil est l'un des symptômes d'un autre trouble mental ou physique. Savoir si, chez un patient donné, un trouble du sommeil est une perturbation indépendante ou simplement l'une des manifestations d'un autre trouble classé, soit dans ce chapitre, soit dans d'autres chapitres, doit être précisé sur la base des éléments cliniques et de l'évolution, aussi bien qu'à partir de considérations et de priorités thérapeutiques au moment de la consultation. En règle générale, ce code doit être utilisé conjointement à d'autres diagnostics pertinents décrivant la psychopathologie et la physiopathologie impliquées dans un cas donné, quand la perturbation du sommeil est une des plaintes prépondérantes et quand elle est ressentie comme une affection en elle-même. Cette catégorie comprend uniquement les troubles du sommeil qui sont imputables à des facteurs émotionnels. Il ne comprend pas les troubles du sommeil imputables à des troubles somatiques identifiables classés ailleurs.

À l'exclusion de : troubles du sommeil d'origine organique (G47.-)

F51.0

Insomnie non organique

Affection dans laquelle la durée et la qualité du sommeil ne sont pas satisfaisantes et qui persiste pendant une période prolongée. Il peut s'agir d'une difficulté d'endormissement, d'une difficulté à rester endormi ou d'un réveil matinal précoce. L'insomnie est un symptôme commun à de nombreux troubles mentaux ou physiques ; elle ne doit être classée ici, parallèlement au diagnostic principal, que lorsqu'elle domine le tableau clinique.

À l'exclusion de : insomnie organique (G47.0)

F51.1 Hypersomnie non organique

L'hypersomnie est un état défini soit par une somnolence diurne excessive et des attaques de sommeil non expliquées par une durée inadéquate de sommeil, soit par des périodes de transition prolongées entre sommeil et état d'éveil complet lors du réveil. En l'absence d'un facteur organique expliquant la survenue d'une hypersomnie, cet état est habituellement attribuable à un trouble mental.

À l'exclusion de : hypersomnie organique (G47.1)
narcolepsie (G47.4)

F51.2 Trouble du rythme veille-sommeil non dû à une cause organique

Absence de synchronisme entre l'horaire veille-sommeil propre à un individu et l'horaire veille-sommeil approprié à son environnement, le sujet se plaignant soit d'insomnie, soit d'hypersomnie.

Inversion psychogène du rythme (du) :

- circadien
- nycthémeral
- sommeil

À l'exclusion de : troubles du cycle veille-sommeil d'origine organique (G47.2)

F51.3 Somnambulisme

Altération de l'état de conscience tenant à la fois du sommeil et de la veille. Durant un épisode de somnambulisme, l'individu se lève du lit, habituellement au cours du premier tiers du sommeil nocturne et il déambule ; ces manifestations correspondent à un niveau réduit de vigilance, de réactivité et d'habileté motrice. Au réveil, le sujet ne garde habituellement aucun souvenir de l'épisode.

F51.4 Terreurs nocturnes

Elles constituent des épisodes nocturnes au cours desquels une terreur et une panique extrêmes sont associées à une vocalisation intense, à une agitation motrice et à un hyperfonctionnement neurovégétatif. L'individu s'assied ou se lève, habituellement durant le premier tiers du sommeil nocturne, avec un cri de terreur. Assez souvent, il court jusqu'à la porte comme s'il essayait de s'échapper ; en fait, il ne quitte que rarement sa chambre. S'il existe, le souvenir de l'événement est très limité, se réduisant habituellement à une ou deux images mentales fragmentaires.

F51.5 Cauchemars

Expérience de rêve chargée d'anxiété ou de peur s'accompagnant d'un souvenir très détaillé du contenu du rêve. Cette expérience de rêve est très intense et comporte habituellement comme thèmes des menaces pour l'existence, la sécurité et l'estime de soi. Assez souvent, les cauchemars ont tendance à se répéter avec des thèmes identiques ou similaires. Les épisodes typiques comportent un certain degré de décharge neurovégétative, mais pas d'activité verbale ou motrice notable. Au réveil, le sujet devient rapidement alerte et bien orienté.

Rêves d'angoisse

F51.8 Autres troubles du sommeil non organiques

F51.9 Trouble du sommeil non organique, sans précision

Trouble émotionnel du sommeil SAI

Troubles du sommeil

À l'exclusion de : cauchemars (F51.5)

noctambulisme (F51.3)

terreurs nocturnes (F51.4)

troubles du sommeil non organiques (F51.-)

G47.0 Troubles de l'endormissement et du maintien du sommeil [insomnies]**G47.1 Troubles du sommeil par somnolence excessive [hypersomnies]****G47.2 Troubles du cycle veille-sommeil**

Irrégularité du rythme veille-sommeil

Syndrome de retard des phases du sommeil

G47.3 Apnée du sommeil

Apnée du sommeil :

- centrale
- obstructive

À l'exclusion de : apnée du sommeil chez le nouveau-né (P28.3)

syndrome de Pickwick (E66.2)

G47.4 Narcolepsie et cataplexie**G47.8 Autres troubles du sommeil**

Syndrome de Kleine–Levin

G47.9 Trouble du sommeil, sans précision

Codage des troubles du sommeil au cours d'hospitalisations pour un autre motif

- Le codage PMSI valorise les séjours selon le diagnostic principal +/- les actes CCAM classants et selon des diagnostics associés CMA (comorbidités associées).
- Aucun des codes CIM-10 F51 et G47 (troubles du sommeil) n'est dans les listes des CMA et ne permet de valoriser les séjours quand ils sont codés en comorbidités → ces troubles ne sont pas systématiquement codés → l'analyse des bases PMSI dans un objectif épidémiologique reste discutable.

En conclusion

- Le principe de solidarité (cotisations sociales) assure un accès à la majorité des soins.
- Ce principe introduit la notion de « dépenses de l'assurance maladie » et la nécessité de maîtrise de ces dépenses (Trou de la sécu).
- Complexification des règles et des réformes de financement et accentuation des contrôles de l'assurance maladie.

Abréviations	Libellés
ARS	Agence Régionale de Santé
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
GHM	Groupe Homogène de Malades
GHS	Groupe Homogène de Séjours
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
NGAP	Nomenclature Générale des Actes Professionnels
CIM-10	Classification Internationale des Maladies
FSE	Forfait Sécurité Environnement
FSD	Forfait Sécurité Dermatologie
MO	Molécules Onéreuses
DMI	Dispositifs Médicaux Implantables
SC	Surveillance Continue
T2A	Tarification A l'Activité



SAODA
Sommeil Amion
Orun-Da



ETTA < **Santé**
Conseil, Formation et Solutions PMSI