

Informations sur l'organisation

Bonjour,

Le webinaire commence dans quelques minutes.

Nous vous invitons à couper vos micros et vos caméras.

Les questions posées par écrit via la conversation seront posées à la fin de chaque présentation.



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Journée de printemps de l'information médicale

Mardi 1^{er} avril 2025

ARS IDF / DOS / Pôle Efficience / Département Pilotage Médico-Economique / Service Performance

Introduction et présentation du programme

Au programme

- **Bilan des validations PMSI 2024 par champ, 10h00 – 15'**
- **Nouveautés PMSI 2025 par champ, 10h15 15'**
- **Présentation de l'OC, Observatoire Régional de la Chirurgie, 10h30 - 15'**
- **DFA en psychiatrie, 10h45' – 15'**
- **Lien DIM – bureaux administratifs : un exemple en psychiatrie - construction du dialogue entre le Dim et le bureau des entrées – DGF - FSEF, 11h00 - 15'**
- **L'importance du codage des facteurs socio environnementaux, 11h15 15'**
- **Les nouveautés sur les RPU, 11h30'**
- **Echanges / discussion, 11h45**

Bilan des validations 2024

Rappels

- Les données sont à transmettre mensuellement et de façon cumulative
- Des arrêtés notifiant la valorisation de l'activité sont produits par l'ARS pour les champs MCO – HAD et SMR ex-DGF :
 - Selon un calendrier fixé par la CNAM (cf. ci-dessous)
 - Dès validation des données au niveau régional de l'ensemble des établissements

Période du recueil	Date limite de validation par les ES PSY – MCO - HAD
M01 - 01/01/2025 – 31/01/2025	28/02/2025
M02 - 01/01/2025 – 28/02/2025	31/03/2025
M03 - 01/01/2025 – 31/03/2025	30/04/2025
M04 - 01/01/2025 – 30/04/2025	02/06/2025
M05 - 01/01/2025 – 31/05/2025	30/06/2025
M06 - 01/01/2025 – 30/06/2025	31/07/2025
M07 - 01/01/2025 – 31/07/2025	01/09/2025
M08 - 01/01/2025 – 31/08/2025	30/09/2025
M09 - 01/01/2025 – 30/09/2025	03/11/2025
M10 - 01/01/2025 – 31/10/2025	01/12/2025
M11 - 01/01/2025 – 30/11/2025	05/01/2026
M12 - 01/01/2025 – 31/12/2025	31/01/2026

Période du recueil	Date limite de validation par les ES SMR
M01 - 30/12/2024 – 02/02/2025	28/02/2025
M02 - 30/12/2024 – 02/03/2025	31/03/2025
M03 - 30/12/2024 – 30/03/2025	30/04/2025
M04 - 30/12/2024 – 27/04/2025	02/06/2025
M05 - 30/12/2024 – 01/06/2025	30/06/2025
M06 - 30/12/2024 – 29/06/2025	31/07/2025
M07 - 30/12/2024 – 03/08/2025	01/09/2025
M08 - 30/12/2024 – 31/08/2025	30/09/2025
M09 - 30/12/2024 – 28/09/2025	03/11/2025
M10 - 30/12/2024 – 02/11/2025	01/12/2025
M11 - 30/12/2024 – 30/11/2025	05/01/2026
M12 - 30/12/2024 – 28/12/2025	31/01/2026

ETAT DES LIEUX DE LA VALIDATION

Période M12 2024

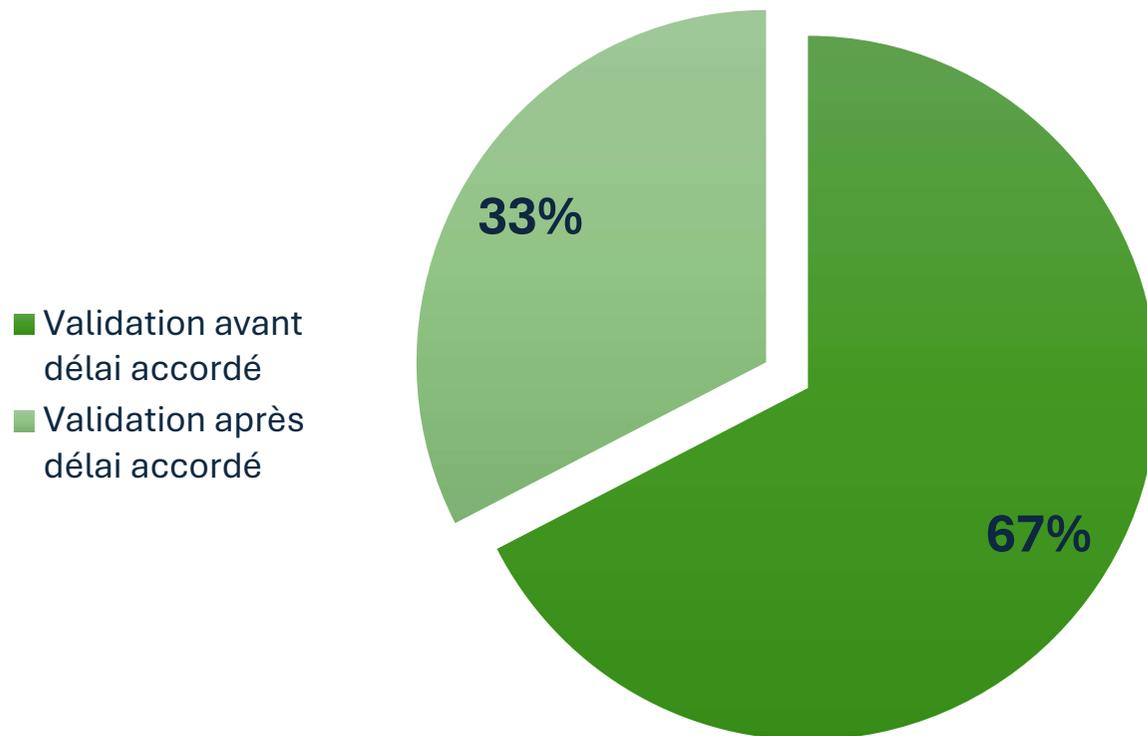
Période de scellement de l'année

Demande de délai par statut et champs pour le M12-2024

	Nb établissements	Demande de délai	%
DGF	253	47	19%
OQN	280	38	14%
Total général	533	85	16%

	DGF		OQN	
	Nb total établissements	Nb d'établissement demandant un délai	Nb total établissements	Nb d'établissement demandant un délai
HAD	10	0	5	2
MCO	74	21	148	22
PSY	76	11	33	1
SMR	93	15	94	13
TOTAL	253	47	280	38

Analyse des établissements avec délais accordés



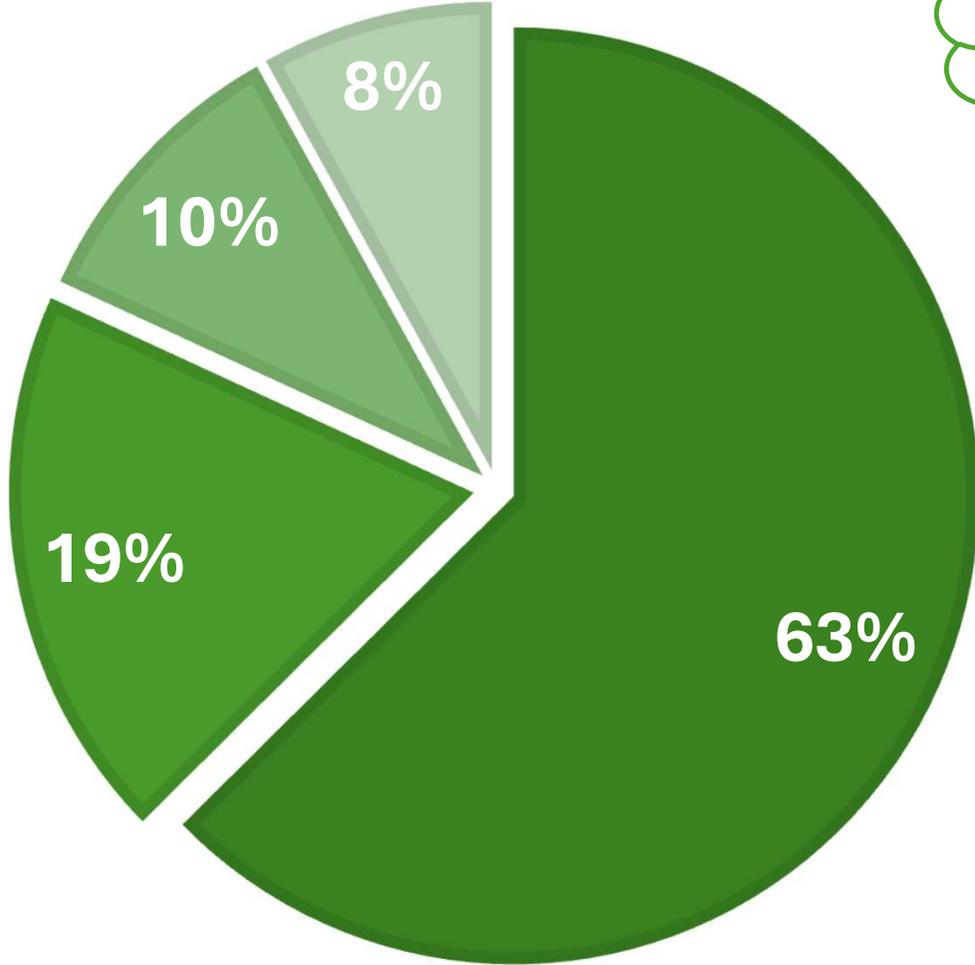
Dans 67% des cas, les délais accordés sont respectés.

Motif de demandes de délais :

- Pb techniques => soutien auprès de l'ATIH
- Pb technique du au logiciel métier (pb d'extraction des données)
- Pb RH impactant l'exhaustivité des données

Validation de l'ensemble des établissements tous champs pour le M12 par rapport à la date limite de validation

- Validation avant date butoir
- Validation entre 1 et 5 jours
- Validation entre 6 et 9 jours
- Validation à + 10 jours



contre 51% en M12 2023

Amélioration par rapport à 2023 du % d'établissements validant avant la date limite de validation

Bilan année 2024

- Peu de suspensions de validation en lien avec une nette amélioration de la qualité et de l'exhaustivité des données

Indicateurs qualité

- Diminution des séjours en erreur (erreur CM90, pb de variable bloquante, pb de chainage)
- Pour la psychiatrie : diminution des données non prises en compte dans la dotation file active (partie grise du tableau DFA)

- Echanges initiés par les établissements



- Retour concernant leurs diverses problématiques
- Demande délais dérogatoires

Axe d'amélioration 2025



Avant chaque validation par l'établissement

- Contrôler la cohérence de l'exhaustivité entre chaque période
 - Analyse des données du score qualité
 - Analyse du taux de chainage
 - Présence du RSF-B et/ ou RSF-C

- Contrôler les montants de votre arrêté de versement



- Echanger avec les référentes portefeuilles PMSI



- Si pb technique : Faire un ticket AGORA et nous communiquer le numéro du Ticket pour appui
- erreurs/ atypies/ anomalies : nous prévenir concomitamment à la transmission/validation, nous faire un mail pour nous en informer : cela évite de multiples échanges
- Demande de délai : Faire une demande de délai en amont afin que nous puissions nous organiser dans le suivi et la validation des données

Contact ARS pour échanger en fonction des départements

Adresse mail : ARS-IDF-DOS-PMSI <ars-idf-dos-pmsi@ars.sante.fr>

Coordinatrice de la cellule PMSI : Emmanuelle Devaux
Courriel : emmanuelle.devaux@ars.sante.fr

Christelle Morize :
Validation des ES des
départements :

Ex-DGF : 75 – 92 – 93 – 94
Ex-OQN : 92 – 93 – 94

Tel. : 06 72 67 27 78

Emilie Baudalet:
Validation des ES des
départements :

Ex-DGF : 77 – 78 – 91 – 95 - APHP
Ex-OQN : 75 – 77 – 78 – 91 – 95
SSA

Tel. : 06 58 34 73 15

Questions - réponses

Nouveautés PMSI 2025

**Extrait de la Notice technique ATIH (N°ATIH-506-6-2024) : Campagne tarifaire et budgétaire
2025 – Nouveautés PMSI Champs MCO – HAD – SMR – Psychiatrie**

Nouveautés PMSI 2025

- MCO
 - HAD
 - PSY
 - SMR
 - Psychiatrie
 - CIM / CCAM
-

CHAMP MCO

Nouveautés PMSI MCO 2025

- Mode d'entrée nouveau-nés nés à domicile en présence du SMUR : la consigne de codage est mode d'entrée « 8 »
 - Forfait innovation pour le dispositif SONOCLOUD-9 (date d'application et code précisés dans une notice ultérieure) → un changement de format est annoncé
 - Recueil Maladie Rénale Chronique (MRC) : Le recueil du « FICHCOMP.csv » Maladie Rénale Chronique intégrera pour l'année 2025 les modifications suivantes :
 - Suppression des Tests protéinurie des 24h et des Tests spot
 - Ajout de deux variables : Ratio albuminurie sur créatinurie (RAC) au 1er semestre et Ratio albuminurie sur créatinurie (RAC) au 2nd semestre.
 - Nouveau recueil relatif à la radiothérapie
-

Nouveautés PMSI MCO 2025

- Simplifications du fichier FICHSUP pour les primo-prescriptions de chimiothérapie orale :
il n'y aura plus que 2 indicateurs : celui de la file active et celui du nombre de consultations
 - Introduction du fichier FICHCOMP pour la prise en charge des tests génétiques HRD (cancer de l'ovaire). → Homologous Recombination Deficiency HRD à retirer de la liste rihn et à mettre dans ce FICHCOMP. Pour les OQN, ils doivent les facturer directement. Le FICHCOM n'est que pour les établissements ex DGF
-

Autorisation Unités de Soins Intensifs

Mise en ligne le 21 mars 2025

- Le recueil de l'évolution des ouvertures de lits de soins critiques qui avait été annoncé a été supprimé. Le nouveau type de fichier, créé en complément du FICUM pour recueillir les fluctuations du nombre de lits dans les services de réanimation est donc supprimé. Cette suppression est liée à une nouvelle orientation de la réforme des soins critiques, organisée par la DGOS.

CHAMP HAD

Nouveautés champ HAD

- Poursuite de l'expérimentation de la nouvelle classification avec des outils d'accompagnement.
- Pour les HAD avec la mention Rééducation « HAD-R », mise en place du fichier FICHCOMP ActesR pour tracer les actes de réadaptation. A partir de mars 2025, ce fichier devient obligatoire pour les structures avec autorisation HAD-R.

CHAMP SMR

Mise en place du nouveau CSAR

- Mise en place du nouveau Catalogue Spécifique des Actes de Rééducation (CSAR)
 - réduction du nombre d'actes (divisé par 4),
 - en 2025, possibilité de coder en CSAR ou en CSARR
 - Transcodage : 1 acte CSAR est transcodé en acte CSARR pour 2025 étant donné que le CSARR reste la référence pour le groupage
- ➔ cf. [webinaire disponible sur le site de l'ATIH via le lien Webinaire nouveautés PMSI 2025 SMR | Publication ATIH](#)
-

CHAMP PSYCHIATRIE

Nouveautés champ PSYCHIATRIE

- Modification du FICHCOMP Temps partiel : Ajustements des définitions des variables →
L'introduction de précisions sur la définition de la variable 'modalité de la prise en charge au cours de la venue ou de la séance' du FICHCOMP Temps partiel. Ainsi pour les situations où la prise en charge a donné lieu à plusieurs interventions, il faudra se baser sur le temps des différentes interventions pour définir la prédominance (groupale ou individuelle et mono ou pluri-intervenants).
- Activité Ambulatoire : codage plus précis des lieux de prise en charge (ajout au code L13 des prises en charge dans la cité).
- **A noter** : Remplacement des anciens logiciels par DRUIDES à partir du dépôt M01 2025.

Nouveautés CIM

- Extension des indications de suivi du parcours d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP)
- Suivi des soins palliatifs, d'accompagnement et de la fin de vie par la description des sédations palliatives continues et transitoires
- Description de la sévérité des hémorragies du post-partum
- Ces nouveautés sont à usage descriptifs et n'entraînent pas de sévérité

Nouveautés CCAM

- Le catalogue comporte les nouveaux codes à usage PMSI de chirurgie fœtale introduits en décembre 2024.

A noter : ces nouveautés sont à usage descriptives → ils ne figurent pas dans la CCAM tarifante

MCO

- Annonce de la fin de la SMA à partir de M3-2025
 - SMR
- Pour les ES SMR, Un correctif a été apporté sur les lamdas le 28 mars => bien vérifier la prise en compte de tous vos séjours

Questions - réponses

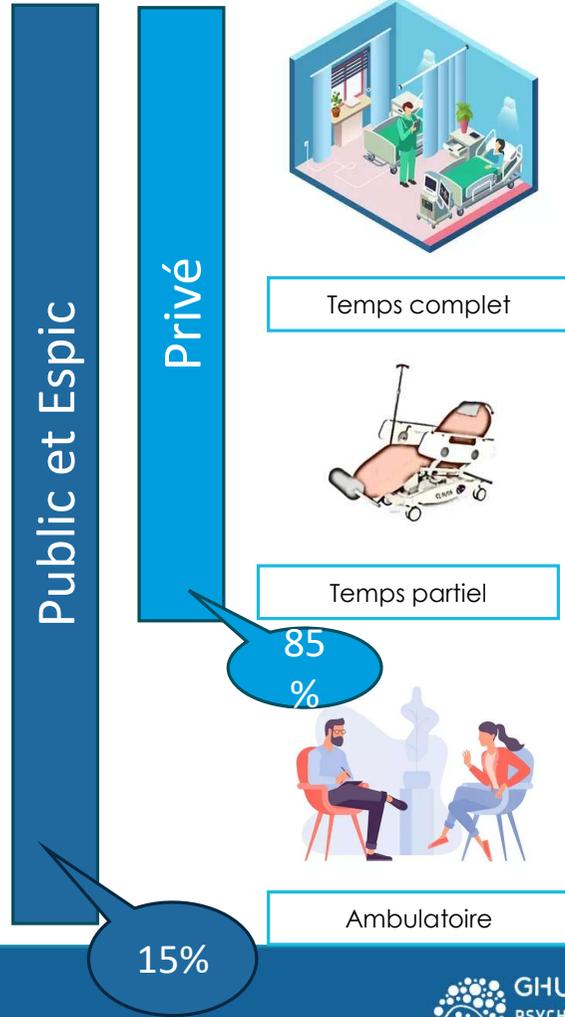
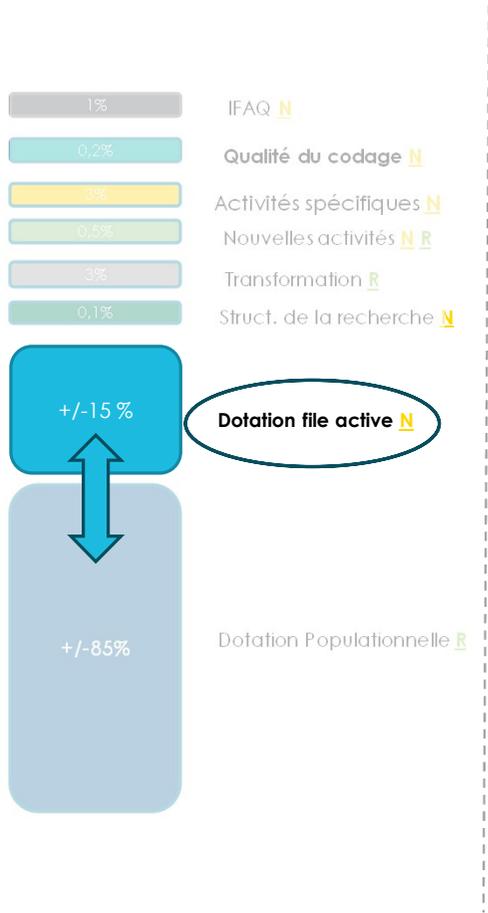
**GROUPE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE PARIS
PSYCHIATRIE & NEUROSCIENCES**

La Dotation à la
File Active

Dr Valerie le
Masson



Réforme du financement: DFA



Décompte à la journée

- Pondération selon la Forme d'activité
- Grilles Adultes / Enfants (moins de 18 ans)
- Pondération selon Age du patient (si autorisation ARS)
- Supplément SSC patient annuel

Décompte à la journée

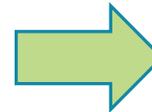
- Pondération selon la Forme d'activité
- Grilles Adultes / Enfants (moins de 18 ans)
- Pondération selon Age du patient (si autorisation ARS)

Décompte au patient

- Pondération selon l'intensité des soins
- Grilles Adultes / Enfants (moins de 18 ans)
- Survalorisation des lieux hors les murs
- Supplément pour la coordination selon la densité actes
- Supplément pour les PEC intensives

Dotation à la File Active en temps complet et temps partiel

- Décompte des Journées des patients année n-1
- Pondérations différentes selon la forme d'activité (temps plein, séjour thérapeutique...)
- Pondérations plus élevées si <18 ans
- Majoration des pondérations si reconnaissance ARS et autorisation dans FicUM
 - Pour ex_DGF ex_OQN ≥ 18 et < 26 ans pour temps plein et HDJ
 - Pour ex_OQN si age ≥ 65 pour temps plein et HDJ
 - Pour ex_OQN, si Post Cure
 - Pour ex_OQN, si Centre de Crise
- Supplément annuel si SDRE/SDT-SPPI en temps plein, centre de crise ou post-cure

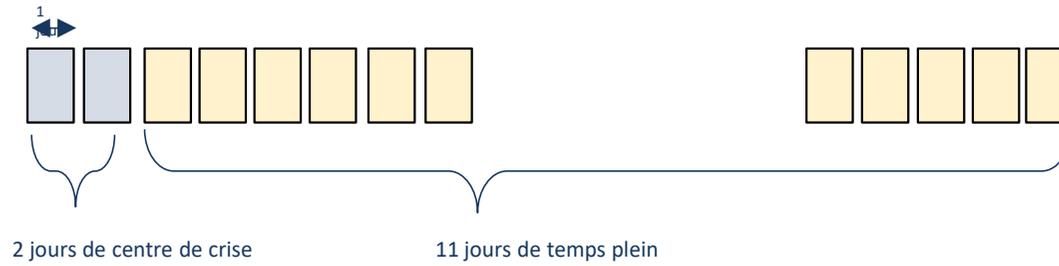


Attention à la bonne saisie

- Des mouvements (date entrée, permissions, date sortie)
- Des MI
- Des données FIC UM



26 ans

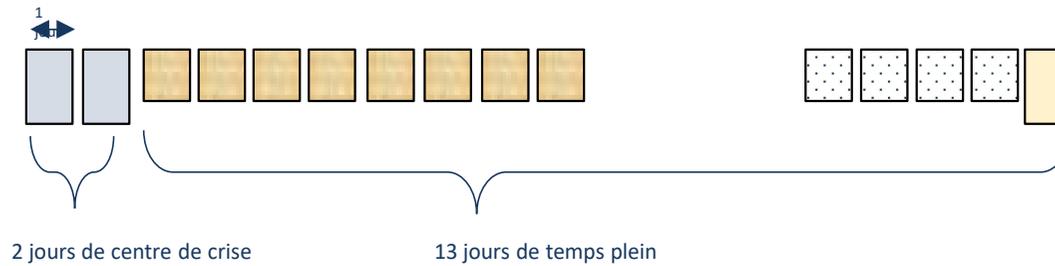


$$Pondération = 11 * PfixeTP + 2 * PfixeCC$$

Grilles Adultes

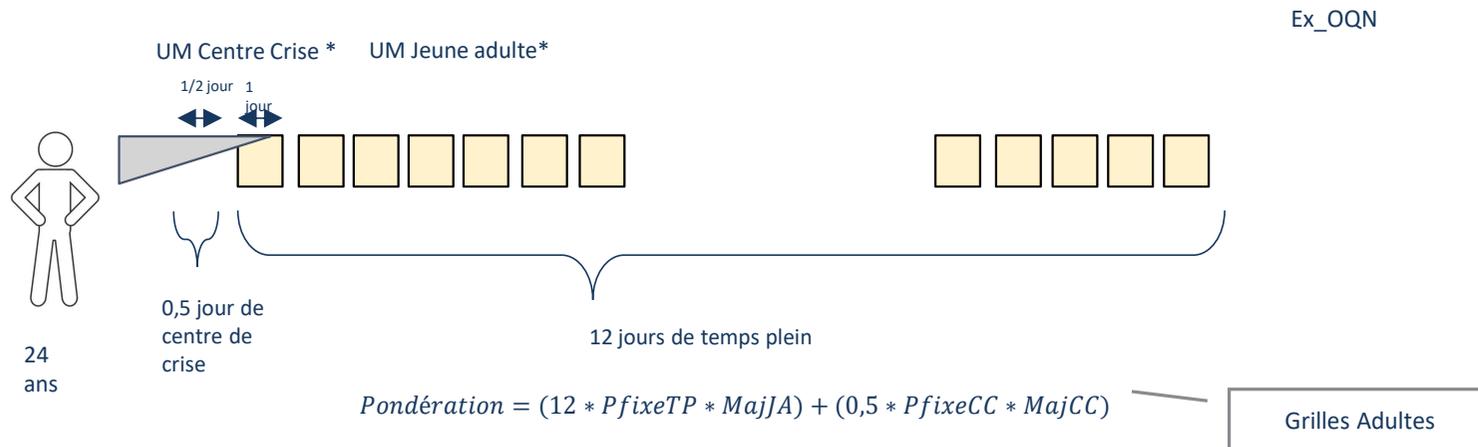
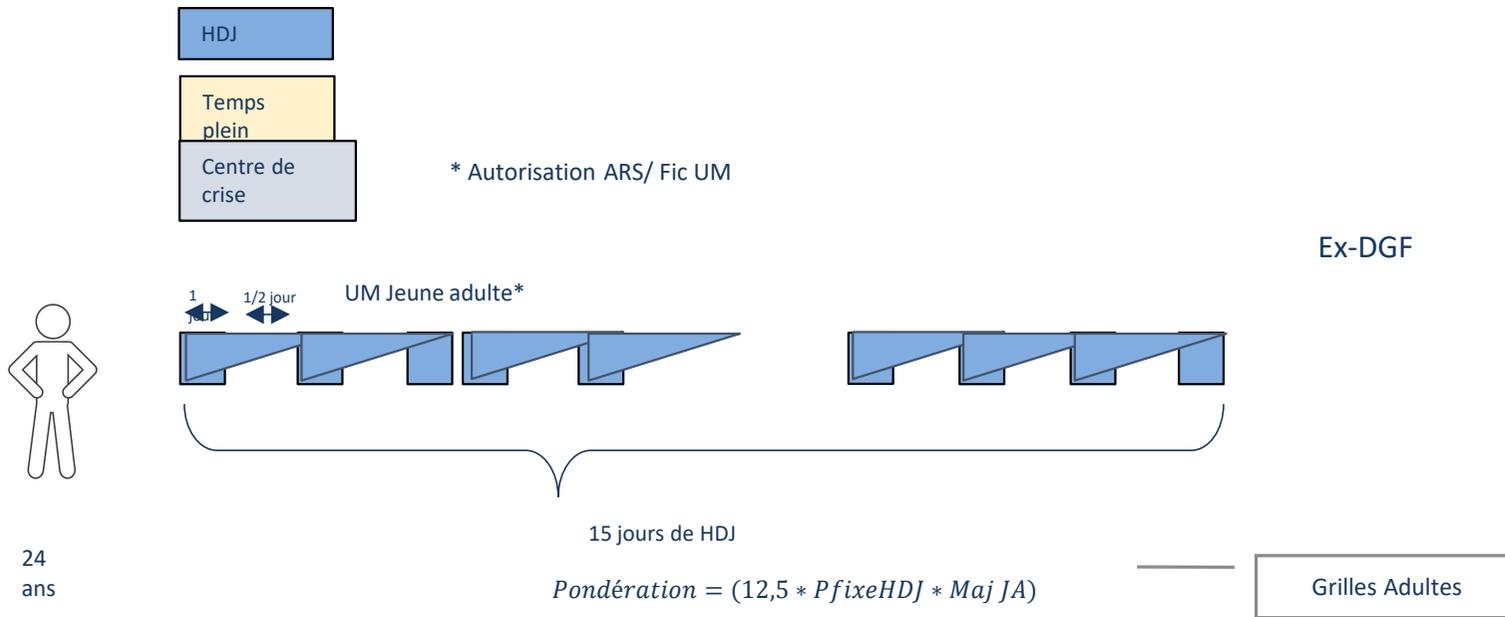


26 ans



$$Pondération = 13 * PfixeTP + 2 * PfixeCC + forfait SSC1$$

Grilles Adultes



Hospitalisation temps complet- temps partiel : pondérations appliquées aux journées

GRILLE DE PONDÉRATION FORFAITAIRE POUR LA PRISE EN CHARGE À TEMPS COMPLET ET PARTIEL POUR LES ÉTABLISSEMENTS A, B ET C

Journées	Adulte	Enfant
Temps plein	1,000	2,309
Séjour thérapeutique	1,034	0,997
Hospitalisation à domicile	0,434	0,914
Accueil familial thérapeutique	0,410	0,840
Appartement thérapeutique	0,656	
Centre de postcure psychiatrique	0,780	1,813
Centre de crise	2,021	2,390
Forfait SSC1 (ML 3/4/5)*	5,842	
Forfait SSC2 (MI 7/8)*	2,804	

* Pour les Formes d'activité 01/06/07

Hors coefficient géographique à intégrer

Journées	Adulte	Enfant
HDJ	0,712	1,499
HN	0,706	1,822
Atelier thérapeutique	0,738	1,406

	Si UF autorisée	
Temps complet	Gérontopsychiatrie	1,000
	Centre crise	1,000
	Réhabilitation intensive	1,000
	Jeunes adultes	2,309
Temps partiel	Gérontopsychiatrie	1,000
	Jeunes adultes	2,106

GRILLE DE PONDÉRATION POUR LA PRISE EN CHARGE À TEMPS COMPLET ET PARTIEL POUR LES ÉTABLISSEMENTS D ET E

Journées	Adulte	Enfant
Temps plein	1,000	4,686
Séjour thérapeutique	1,000	4,686
Hospitalisation à domicile	1,000	4,686
Accueil familial thérapeutique	1,000	4,686
Appartement thérapeutique	1,000	
Centre de postcure psychiatrique	1,525	2,546
Centre de crise	2,016	4,686
Forfait SSC1 (ML 3/4/5)*	20,741	
Forfait SSC2 (MI 7/8)*	9,952	

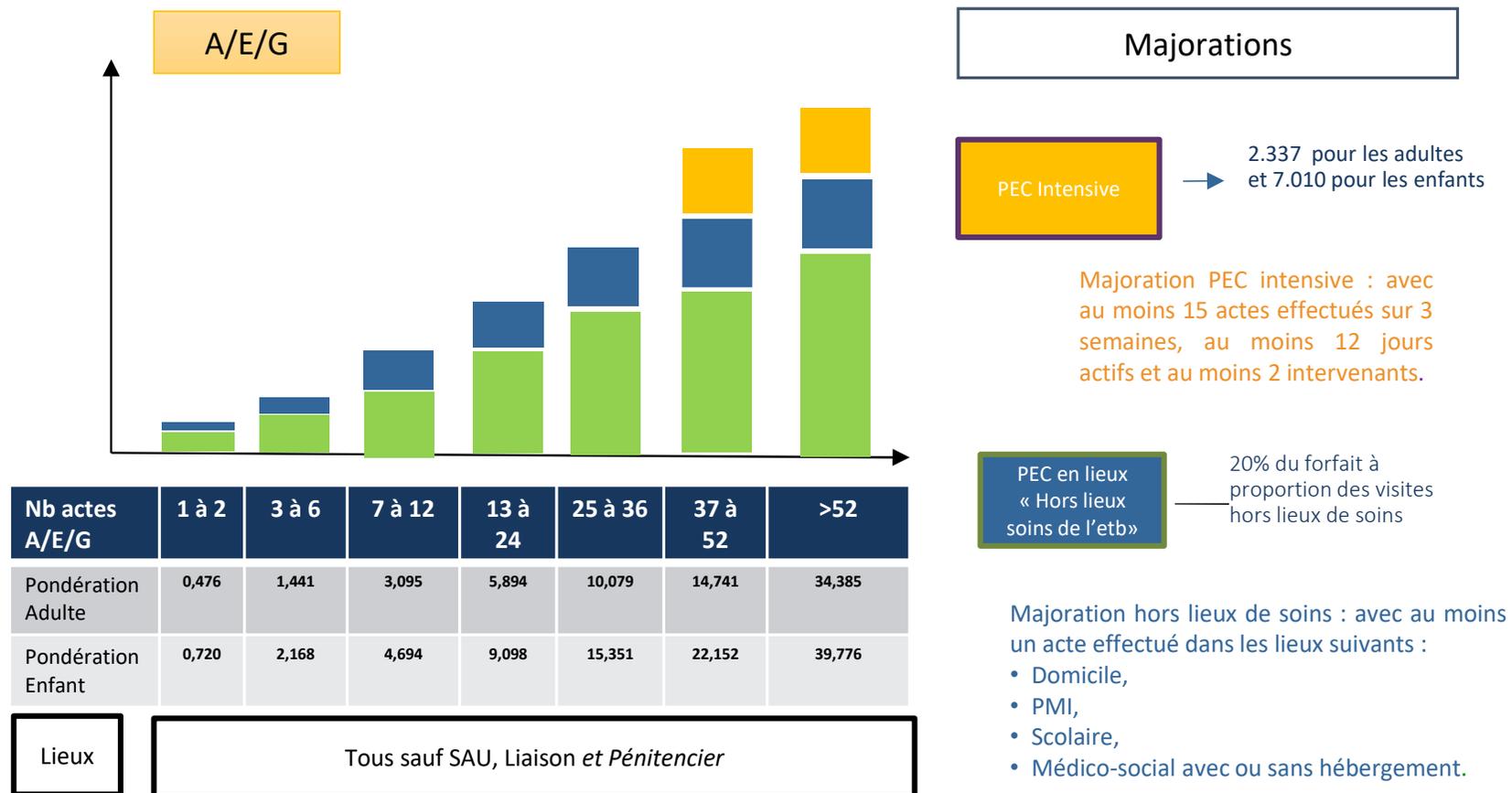
Hors coefficient géographique à intégrer

Journées	Adulte	Enfant
HDJ Collectif et un intervenant	0,740	1,311
HDJ Individuel et un intervenant	2,134	2,873
HDJ Collectif et plusieurs intervenants	0,982	1,784
HDJ Individuel et plusieurs intervenants	3,137	4,223
Sismothérapie	0,455	
HN	1,650	1,650
Atelier thérapeutique	0,740	0,740

	Si UF autorisée	
Temps complet	Gérontopsychiatrie	1,878
	Centre crise	1,371
	Réhabilitation intensive	1,449
	Jeunes adultes	3,503
Temps partiel	Gérontopsychiatrie	1,250
	Jeunes adultes	1,250

Hors coefficient géographique à intégrer
* Pour les Formes d'activité 01/06/07

Dotation à la File Active Ambulatoire- Public & Espic



Dotation à la File Active Ambulatoire- Public : Espic

Attention à la bonne saisie :

- De **tous** les actes
- Des **lieux** exacts (= où est le patient?)
- De **tous les** intervenants



Pour A/E/G:

- Seuils de pondérations selon la densité de soins (=nb acte) des patients année n-1
- Supplément pour actes faits Hors lieu soins (domicile, PMI, école, médicosocial)
- Supplément pour PEC intensive
- Pondération plus importants si âge < 18 ans

Pour D/R:

- Seuils de pondérations selon la densité de soins (=nb acte) des patients année n-1
- Nb actes/ patient plafonné au max A/E/G

DOTATION À LA FILE ACTIVE AMBULATOIRE- PUBLIC & ESPIC

LES GRILLES DE PONDÉRATION FORFAITAIRE POUR L'AMBULATOIRE + SUPPLEMENTS

Classe d'âge	Palier d'activité	
Adulte	1.1-2	0,476
	2.3-6	1,441
	3.7-12	3,095
	4.13-24	5,984
	5.25-36	10,079
	6.37-52	14,741
	7.>52	34,385

Classe d'âge	Palier d'activité	
Enfant & adolescent	1.1-2	0,720
	2.3-6	2,168
	3.7-12	4,694
	4.13-24	9,098
	5.25-36	15,351
	6.37-52	22,152
	7.>52	29,776

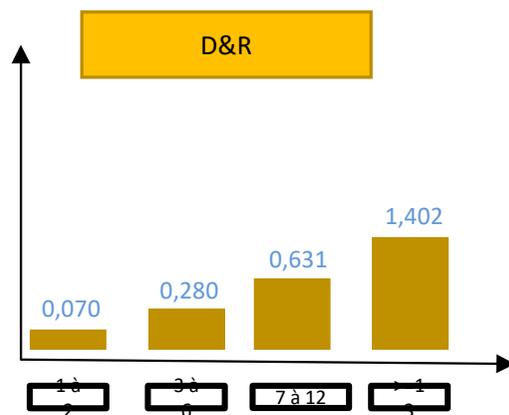
Hors coefficient géographique à intégrer

Supplément PEC intensive (une fois/ an)	
Adulte	2,337
Enfants et adolescents	7,010

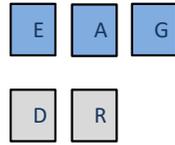
Supplément Hors lieux de soins, si un acte avec:	
Domicile	20%
PMI	
Scolaire	
Médico-social avec ou sans hébergement.	

DOTATION À LA FILE ACTIVE AMBULATOIRE- PUBLIC & ESPIC

SUPPLÉMENT COORDINATION



Supplément de coordination	
1-2	0,070
3-6	0,280
7-12	0,631
≥13	1,402



Ex-DGF



24
ans



7 actes A/E/G → P3
3 actes D/R → Maj2

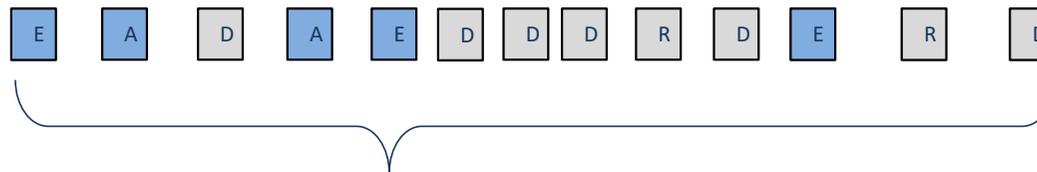
$$\text{Pondération} = (P3 + \text{Maj}2)$$

Grilles Adultes

Ex-DGF



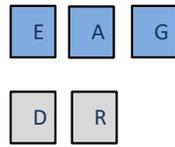
24
ans



5 actes A/E/G → P2
8 actes D/R → 5 actes → Maj2

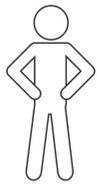
$$\text{Pondération} = (P2 + \text{Maj}2)$$

Grilles Adultes



Hors lieu de soin

Ex-DGF



24 ans



7 actes A/E/G → P3
 3 actes HLS= 3/7 actes
 3 actes D/R → Maj2

$$\text{Pondération} = \left(0,2 * P3 * \frac{3}{7}\right) + P3 + \text{Maj2}$$

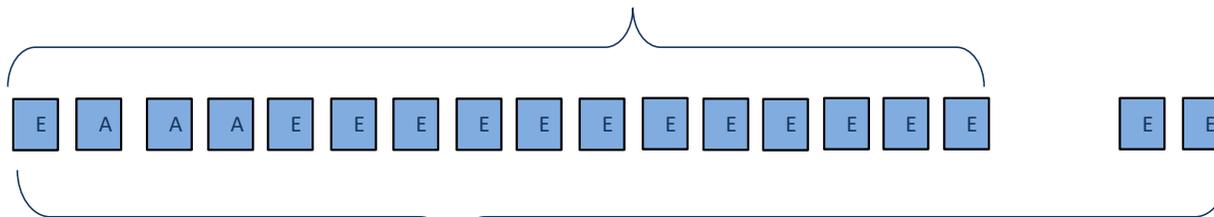
Grilles Adultes

15 actes/ 12 jours actifs sur 3 semaines, 2 types intervenants

Ex-DGF



16 ans

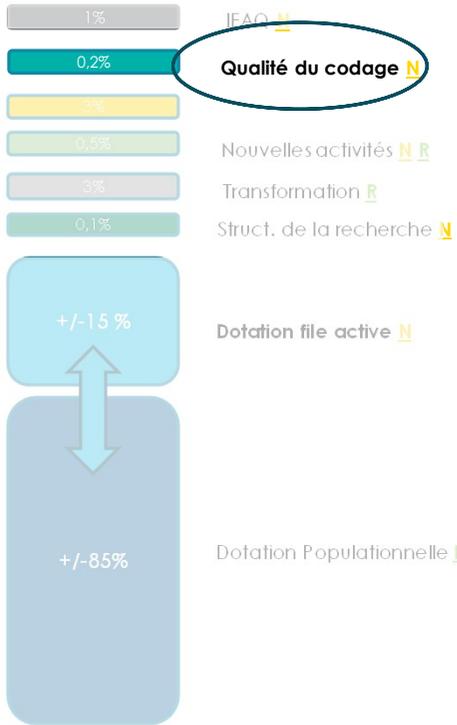


18 actes A/E/G → P4
 PEC Intensive

$$\text{Pondération} = P4 + \text{forfait PEC intensive}$$

Grilles Enfants

Réforme du financement Qualité du codage



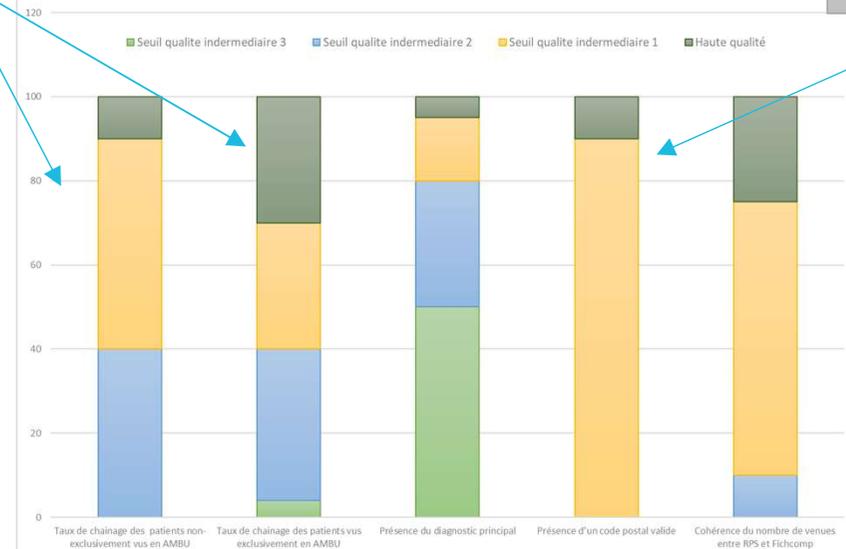
Qualité du codage?



5 enveloppes

Au moins N°AM (N°Ano) valable sur l'année, sauf si Z5970 en DA

Au moins un code postal précis sur l'année, sauf Z590 en DA ou 99 999



Au moins un DP sur l'année (hors codes imprécis et codes interdits typé 3)

Réforme du financement: qualité du codage

Qualité du Codage (DQC)

- incite à l'amélioration de la complétude, de la conformité et de la cohérence des données remontées par les établissements

Indicateur	Seuil	Valeur Indicateur	Rémunération en %
Taux de chaînage <i>pour les patients pris en charge non-exclusivement en ambulatoire</i>	Seuil de haute qualité	[0,9 ; 1]	100 %
	Seuil de qualité intermédiaire 1	[0,4 ; 0,9 [	50 %
	Seuil de qualité intermédiaire 2	[0 ; 0,4 [	0 %
Taux de chaînage <i>pour les patients pris en charge exclusivement en ambulatoire</i>	Seuil de haute qualité	[0,7 ; 1]	100 %
	Seuil de qualité intermédiaire 1	[0,4 ; 0,7 [	50 %
	Seuil de qualité intermédiaire 2	[0,04 ; 0,4 [	30 %
	Seuil de qualité intermédiaire 3	[0 ; 0,04 [	0 %
Présence du diagnostic principal	Seuil de haute qualité	[0,95 ; 1]	100 %
	Seuil de qualité intermédiaire 1	[0,8 ; 0,95 [	50 %
	Seuil de qualité intermédiaire 2	[0,5 ; 0,8 [	30 %
	Seuil de qualité intermédiaire 3	[0 ; 0,5 [	0 %
Présence d'un code postal valide	Seuil de haute qualité	[0,9 ; 1]	100 %
	Seuil de qualité intermédiaire 1	[0 ; 0,9 [	0 %
Cohérence du nombre de venues entre RPS et Fichcomp	Seuil de haute qualité	[0,75 ; 1]	100 %
	Seuil de qualité intermédiaire 1	[0,1 ; 0,75 [	50 %
	Seuil de qualité intermédiaire 2	[0 ; 0,1 [	0 %

Au moins N°AM (N°Año) valable sur l'année, sauf si Z5970 en DA

Au moins un DP sur l'année (hors codes imprécis et codes interdits typé 3)

Au moins un code postal précis sur l'année, sauf Z590 en DA ou 99 999

Tableaux E-PMSI 1.V.2.DFA

Tableau [1.V.2.DFA] - Date du traitement: 05/02/2025
DFA - Synthèse des pondérations par PEC

2024 M12 : année entière

Nature de prise en charge	Classe d'âge/Majoration	Pondération	Coefficient géographique	Pondération totale
Temps complet	Adulte	53 319,3	1,070	57 051,6
	Enfant	5 299,0	1,070	5 670,0
	Total	58 618,3	1,070	62 721,6
Temps partiel	Adulte	613,0	1,070	655,9
	Enfant	2 025,1	1,070	2 166,9
	Total	2 638,1	1,070	2 822,8
Ambulatoire	Adulte	7 152,1	1,070	7 652,7
	Enfant	7 041,5	1,070	7 534,4
	Total	14 193,6	1,070	15 187,1
Soins sans consentement	Total	183,4	1,070	196,3
Total	Total	75 633,5	1,070	80 927,8

Tableau [1.V.3.DFA] - Date du traitement: 29/01/2025
DFA - Synthèse des pondérations par PEC

2024 M12 : année entière

Nature de prise en charge	Classe d'âge/Majoration	Pondération	Coefficient géographique	Pondération totale
Temps complet	Adulte	1 853,0	1,070	1 982,7
	Enfant	2 053,0	1,070	2 196,7
	Total	3 906,0	1,070	4 179,4
Temps partiel	Adulte	.	1,070	.
	Enfant	.	1,070	.
	Total	.	1,070	.
Soins sans consentement	Total	0,0	1,070	0,0
Total	Total	3 906,0	1,070	4 179,4

Lien entre le Bureau Des Entrées et le DIM

Retour d'expérience

Présentation de l'établissement



La clinique FSEF Paris 13^e est un établissement privé à but non lucratif. Elle fait partie de la Fondation de Santé des Etudiants de France et est située dans le 13^{ème} arrondissement de Paris à proximité du quartier Bibliothèque François Mitterrand.

L'établissement offre des soins psychiatriques à des adolescents et des jeunes adultes de 16 à 25 ans. Il propose du « soins études » à ses patients ce qui leur permet de reprendre ou de poursuivre leurs études tout en bénéficiant des soins et de l'accompagnement nécessaires.

La clinique dispose :

- d'un service d'hôpital de jour de 15 places
- de deux services d'hospitalisation à temps complet de 60 lits au total
- de deux services ambulatoires : le Relais 75 dans les locaux de la clinique et le Relais 93 situé à La Courneuve

Les admissions en HTC et en HDJ sont faites sur dossier après une période de plusieurs entretiens de préadmission. Les prises en charge en ambulatoire débutent également après une étude de la demande en équipe (les patients peuvent éventuellement être réorientés vers d'autres structures plus adaptées à leur situation)

Présentation de l'établissement

Répartition des missions au sein de la clinique :

- L'assistante des coordinateurs en charge de la commission des dossiers d'admission : création du dossier patient à chaque nouvelle demande d'admission et réception de dossier
 - Les secrétariats médicaux : intégration des documents préalable au premier entretien de préadmission en vue d'une éventuelle admission en HTC ou HDJ (attestation CPAM, mutuelle et copie pièce d'identité notamment), vérification de la validité de ces attestations et de la concordance des traits d'identité avec les informations renseignées dans le DPI, saisie des mouvements de venue pour les consultations de préadmission
 - Les IDE : saisie des mouvements de venue pour les HDJ, ouverture et fermeture des séjours en cas de permissions ou de transfert
 - Le BDE et frais de séjours : facturation, appel INS pour les patients en HTC et HDJ
- Utilisation de Hopital Manager en logiciel métier pour le DPI, le PMSI et la pharmacie
-

Liens entre le DIM et les autres services

Lien avec le BDE : pour débloquer les séjours facturés dans le but d'une modification de date de fin de séjour (aucune venue durant le mois) et suivi des appels INS

Lien avec les secrétariats médicaux :

- Vérification en cas d'absence de mouvement dans un séjour (oubli de saisie de mouvement ou ouverture de séjour erronée)
 - Pertinence du type de PEC (consultation de préadmission ou HDJ pour une venue d'entretien suite à une suspension de soins par exemple)
 - Rappel en cas de non saisie du code postal ou d'oubli intégration des documents (pièce d'identité pour réalisation appel INS)
-

DIM en HTC et HDJ

En parallèle du PMSI, nous vérifions la cohérence entre les données exportées et l'activité que nous avons dans le logiciel métier. (données administratives patients (mouvements et Vidhosp) confronté avec tableau SYNTH e-PMSI)

HTC			HDJ			Préadmissions		
Cumul nuits M1			Cumul journées M1			Cumul journées M1		
135			248			2		
0			36			5		
Cumul nuits M1			Cumul journées M1			Cumul journées M1		
470			13			2		
170			0			7		
Total cumul nuits HTC M1 HM			Cumul journées M1			Cumul journées M1		
775			6			6		
						0		
			Total HDJ M1			Total HDJ PA M1		
			303			22		
Total cumul journées HDJ M1 HM	Total nombre de journées HDJ M1 Fichcomp	Total nombre de demi journées HDJ M1 Fichcomp						
325	236	89						

Paramètre	Valeur
Nombre d'actes ambulatoires (rimp)	787,00
Nombre de jours d'hospitalisation complète	775,00
Nombre de jours d'hospitalisation partielle	280,50
Montant du supplément ST1	0,00
Montant du supplément ST2	0,00
Montant du supplément ST3	0,00

Onglet Synthèse dans
Ovalide

2025 M1 : janvier

Forme d'activité	Nombre d'établissements	Nombre de secteurs distincts	Nombre de séjours	Nombre de journées	Nombre de demi journées	Nombre d'actes
01 Hospitalisation à temps plein	1	0	31	775	0	.
20 Hospitalisation à temps partiel de jour	1	0	51	236	89	.
31 Prises en charge en ambulatoire par d'autres dispositifs que le CMP et le CATT	1	0	.	.	.	787
TOTAL	1	0	82	1 011	89	787

Tableau 1.D.2.FA
Formes d'activité dans
Ovalide

- Exploitation du Fichcomp dans Excel pour connaître le nombre de journées et demi-journées car le logiciel métier HM ne le permet pas.

DIM en HTC et HDJ

Vérification en début de chaque mois de la concordance entre les mouvements renseignés et les venues réelles (agenda, observations et transmissions dans dossier patient) des patients car risque d'oubli de saisie par les professionnels : récupération de journées ou demi-journées non renseignées

Vigilance pour les séjours d'HDJ qui n'ont pas de venue dans le mois. Nécessité de les fermer à la dernière venue et d'en ouvrir éventuellement un nouveau pour une nouvelle venue. (activité non comptabilisée dans DFA Tableau 1V1.DFA Dotation à la file active)

2025 M1 : janvier

Effectifs comptabilisés dans la dotation file active				Activité NON comptabilisée dans la dotation file active				
HDJ - File active Enfant				Séquences avec 0 venues	Séquences > 31 jours		Durée cumulée > 366 jours dans une forme d'activité	
FA	Nombre de patients	Nombre de journées	Pondération retenue	Nombre de séquences	Nombre de patients concernés sur au moins une séquence	Nombre de séquences	Nombre de patients	Nombre de journées
20	8	34,5	Pondération enfant= 1.499	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Vigilance pour les transports : manque d'utilisation du bon de transport présent dans HM car les ambulances n'acceptent pas ou difficilement ce bon. Le formulaire papier CERFA est préféré. Nécessité d'être au courant lors qu'il y a un transfert et du moyen de transport utilisé afin de renseigner le Fichcomp Transports. Existence d'AMBULIZ pour les grosses structures.

Vigilance pour la saisie des codes postaux des adresses patients : possible difficulté pour les patients vus Hors Lieu de Soins en ambulatoire.

DIM en Ambulatoire

Taux de chainage (tableau 1.Q.14.DQC Dotation qualité du chainage) :

2024 M12 : année entière

Indicateurs	Score	Rémunération en %
Taux de chainage pour les patients pris en charge non-exclusivement en ambulatoire	100.0%	100%
Taux de chainage pour les patients pris en charge exclusivement en ambulatoire	12.77%	30%
Présence du diagnostic principal	100.0%	100%
Présence d'un code postal valide	100.0%	100%
Cohérence du nombre de venues entre RPS et Fichcomp	100.0%	100%

Travail entrepris depuis décembre 2024 afin d'augmenter le taux de chainage en ambulatoire en parallèle du taux d'INS qualifiés.

Dans le cadre d'un nouveau parcours patient, il est demandé aux secrétaires médicales des services ambulatoires de renseigner les numéros de sécurité sociale des patients dans le DPI bien qu'il n'y ait aucune facturation et ni transmission de réalisées.

Les patients d'ambulatoire ne passent pas par le BDE.

2025 M1 : janvier

Indicateurs	Score	Rémunération en %
Taux de chainage pour les patients pris en charge non-exclusivement en ambulatoire	100.0%	100%
Taux de chainage pour les patients pris en charge exclusivement en ambulatoire	36.02%	30%
Présence du diagnostic principal	100.0%	100%
Présence d'un code postal valide	100.0%	100%
Cohérence du nombre de venues entre RPS et Fichcomp	100.0%	100%

Conclusion

Importance de la communication, de la qualité du lien et de la sensibilisation des professionnels
Importance d'avoir des process encrés et connus par tous pour permettre une bonne fluidité entre les professionnels et le DIM

Importance d'avoir une connaissance sur l'identité et la vigilance car cela a un impact sur le PMSI (donnée de chaînage) mais aussi sur les indicateurs de programme comme HOP'EN 2 par exemple

Importance d'avoir une saisie des entrées, venues et sorties pour avoir l'exhaustivité des données la plus réelle (impact sur la DFA, sur le nombre de journées de venues donc sur l'activité de l'établissement)

Questions – réponses



*Liberté
Égalité
Fraternité*



Observatoire de la Chirurgie (OC) Historique et quelques réalisations & Perspectives 2025 ARS Île-de-France

**DOS/Pôle Efficience/ département plateaux médico-techniques
(PMT)**

HISTORIQUE

Le développement des alternatives à l'hospitalisation complète et plus particulièrement, de la chirurgie ambulatoire était un objectif prioritaire pour l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France ces dernières années.

La volonté, tant au niveau national que régional, était de faire de la chirurgie ambulatoire la pratique chirurgicale de référence pour l'ensemble des patients éligibles à ce type de prise en charge. Elle représente un véritable saut qualitatif, un levier majeur d'amélioration et de structuration de l'offre de soins mais également un facteur de maîtrise des dépenses de l'Assurance Maladie.

En 2015 : Identification d'un observatoire ORCA Observatoire Régional de la Chirurgie Ambulatoire, qui ait pour objet de :

- Proposer un espace d'échange avec les professionnels impliqués dans le développement de la chirurgie ambulatoire ;
- Identifier les points forts et les points faibles, les freins, les éventuels points de blocage existants ainsi que les leviers susceptibles d'être mobilisés ;
- En faire une chambre d'écho et un relais d'échange sur les pratiques professionnelles et l'organisation des parcours de prise en charge des patients.

HISTORIQUE

En 2019, un Groupe Thématique Chirurgie (GTC) a été créé avec pour objectif la mise en œuvre de la composante Chirurgie du PRS2. De nombreux axes de travail ont été identifiés nécessitant la création de groupes de travail sur des thèmes tels que l'urgence chirurgicale infantile, chirurgie assistée par robot, handicap et chirurgie, gériatrie et chirurgie et bien d'autres.

En 2021, compte-tenu du nombre important de GT en chirurgie, et la chirurgie ambulatoire devenue le mode de prise en charge standard en chirurgie, le DOS a souhaité que l'ORCA devienne la cellule opérationnelle du GTC, avec un élargissement, de son périmètre à l'ensemble de la chirurgie avec des experts en chirurgie, anesthésie, membres de la DOS et 2 salariés.

En 2023, suite à l'évolution de son activité, il a été décidé de renommer l'observatoire en « observatoire de la chirurgie » (OC), pour mieux représenter son périmètre d'activité. De nouvelles rubriques ont été introduites dans le site internet de l'OC, portant notamment sur le parcours chirurgical et la réhabilitation améliorée après chirurgie, ainsi que la prise en charge chirurgicale des patients en situation de handicap.

Il existe donc plusieurs groupes qui sont le Groupe Thématique Chirurgie (GTC), les comités scientifiques spécifiques et la cellule opérationnelle (l'OC), qui s'articulent avec les équipes de l'ARS. L'ensemble des actions est validé puis évalué par la DOS et la DIRNOV, avec l'appui de l'OC.

Ainsi, l'équipe opérationnelle (OC) propose à la DOS, différents moyens d'action afin de contribuer aux objectifs du PRS3 :

- Des réunions d'experts thématiques
- Soutien du DPMT pour l'animation du réseau des centres équipés en robot, ainsi que la dynamique autour de la chirurgie assistée par robot
- Soutien de la DPMT dans l'élaboration des appels à projets et des appels à manifestation d'intérêt (appui à la rédaction des cahiers de charges, instruction des dossiers de candidatures, organisation des comités de sélection, etc.) ;

MISSIONS

- Coordination des différents partenaires autour des projets transversaux (notamment le GéronD'if pour l'étude d'impact des unités périopératoires gériatriques en chirurgie urologique et digestive) ;
- Alimentation du site internet de l'OC (mise en ligne de ressources documentaires, replay de webinaires/séminaires, newsletter 2-3 fois par an, et tableaux de bords à destination des équipes chirurgicales) et communication sur les différents projets ;
- Organisation de webinaires en chirurgie ou pour présenter des retours d'expérience sur les différents projets mis en place ;
- Appui à l'organisation du séminaire annuel de chirurgie avec des ateliers pratiques ; Des enquêtes (auprès des professionnels de santé et partenaires).

QUELQUES RÉALISATIONS

Appui à la rédaction de la composante chirurgie du PRS3.

Organisation d'un séminaire en novembre avec 2 plénières (RAC, surveillance post-opératoire) et 6 ateliers.

Réalisation de 5 webinaires sur les thèmes : EIGS, accueil à J0, chirurgie robotique mono-disciplinaire, préhabilitation, et recherche en chirurgie en Île-de-France.

Appui au DPMT au lancement de plusieurs appels à projets (RAC V4, accueil J0, handicap, anxiété périopératoire V2, transition écologique).

Un AMI sur santé digitale et chirurgie.

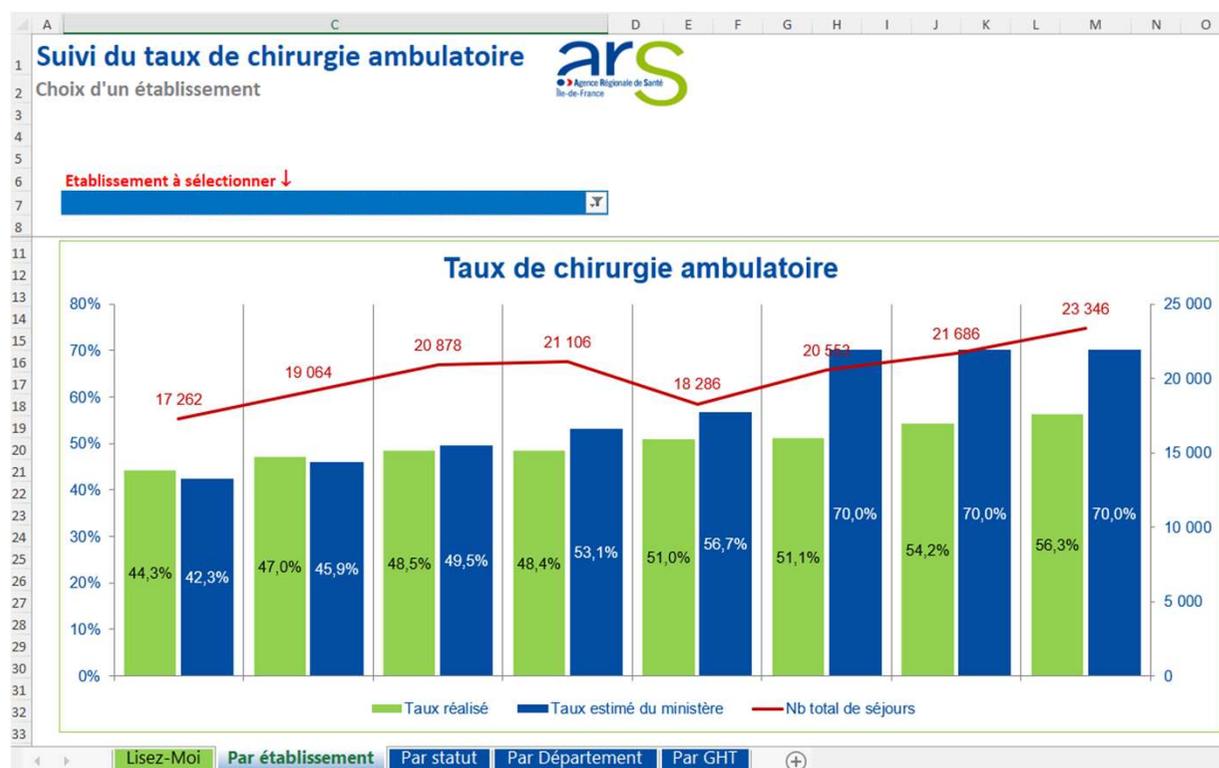
Animation du réseau ORCA-r et participation au benchmark des robots chirurgicaux.

Organisation de deux colloques sur la chirurgie mini-invasive assistée par robot.

DONNEES PMSI ET TABLEAUX DE BORD : UN OUTIL CLÉ POUR L'OBSERVATOIRE DE CHIRURGIE

1) DONNEES PMSI ET LEUR UTILISATION

→ Suivi de l'activité de la chirurgie ambulatoire en IDF grâce aux données PMSI



Graphique combiné indiquant le suivi du taux de chirurgie ambulatoire de 2016 à 2023

DONNEES PMSI ET TABLEAUX DE BORD : UN OUTIL CLÉ POUR L'OBSERVATOIRE DE CHIRURGIE

2) TABLEAUX DE BORD

→ Analyser l'activité chirurgicale des EDS
→ Comparer les structures en fonction de leurs indicateurs

**1a - Vision régionale de l'activité de chirurgie*
par modalité de prise en charge**
données globales sur les dernières années disponibles
(*selection des séjours classés en ASO C, avec CAS C, pour les établissements autorisés en chirurgie (ARGHOS))

Dptmt	Finess et raison sociale	Statut	GHT	Nb de séjours 2022					Nb de séjours 2023					Nb de séjours 2024					Tx évolut* HC 24/23	Tx évolut* Ambu 24/23	Tx évolut* Global 24/23
				HC	Ambu	Total	Tx Ambu	Tx entrée par les urgences	HC	Ambu	Total	Tx Ambu	Tx entrée par les urgences	HC	Ambu	Total	Tx Ambu	Tx entrée par les urgences			
Total de tous les établissements de la région avec une autorisation de chirurgie				189 447	332 123	521 570	64%	8,13%	195 532	355 523	551 055	65%	7,73%	191 860	355 714	547 574	65%	2,34%	-1,9%	0,1%	-0,6%
← par Statut																					
← par Département																					
← par GHT																					
41	75 750000481 - CHNO DES QUINZE VINGTS PARIS	Public	NC	1023	9 132	10 155	90%	5,65%	982	9 772	10 754	91%	5,88%	730	7 919	8 649	92%	2,62%	-25,7%	-19,0%	-19,6%
42	75 750000499 - CH SAINTE ANNE	Public	75 Psy	497	32	529	6%		552	47	599	8%	2,08%	516	50	566	9%		-6,5%	6,4%	-5,5%
43	75 750000523 - GH PARIS SITE SAINT JOSEPH	ESPIC	NC	5 157	5 818	10 975	53%	8,27%	5 334	6 452	11 786	55%	8,37%	5 327	6 361	11 688	54%	2,31%	-0,1%	-1,4%	-0,8%
44	75 750000549 - FONDATION OPHTALMOLOGIQUE ROTHSCH	ESPIC	NC	1 722	10 077	11 799	85%		1 969	11 619	13 588	86%		2 033	11 766	13 799	85%		3,3%	1,3%	1,6%
45	75 750100042 - HU SAINT LOUIS SITE LARIBOISIERE APHP	AP-HP	NC	2 608	1 552	4 160	37%	20,47%	2 898	1 892	4 790	39%	22,52%	2 923	1 899	4 822	39%	6,34%	0,9%	0,4%	0,7%
46	75 750100075 - HU SAINT LOUIS SITE SAINT LOUIS APHP	AP-HP	NC	2 908	941	3 849	24%	4,70%	3 046	1 064	4 110	26%	4,47%	2 816	843	3 659	23%	1,21%	-7,6%	-20,8%	-11,0%
47	75 750100083 - HU-EST PARISIEN SITE ROTHSCHILD APHP	AP-HP	NC	12	2	14	14%		9		9			9		9					
48	75 750100091 - HU EST PARISIEN SITE ST ANTOINE APHP	AP-HP	NC	2 089	2 528	4 617	55%	19,92%	2 063	2 332	4 395	53%	21,93%	1 996	2 296	4 292	53%	4,37%	-3,2%	-1,5%	-2,3%
49	75 750100109 - HU EST PARISIEN SITE TROUSSEAU APHP	AP-HP	NC	1 430	1 142	2 572	44%	10,34%	1 445	1 366	2 811	49%	10,11%	1 489	1 418	2 907	49%	5,99%	3,0%	3,8%	3,4%
50	75 750100125 - HU PITIE SALPETRIERE APHP	AP-HP	NC	9 086	4 011	13 097	31%	9,18%	9 229	4 240	13 469	31%	8,78%	9 210	4 452	13 662	33%	3,09%	-0,2%	5,0%	1,4%
51	75 750100166 - HU PARIS CENTRE SITE COCHIN APHP	AP-HP	NC	3 712	7 141	10 853	66%	9,18%	4 688	7 377	12 066	61%	8,78%	4 694	7 417	12 111	61%	2,56%	0,1%	0,5%	0,4%
52	75 750100208 - HU NECKER ENFANTS MALADES APHP	AP-HP	NC	3 766	1 509	5 275	29%	13,52%	3 891	1 310	5 201	25%	12,97%	3 663	1 442	5 105	28%	4,32%	-5,9%	10,1%	-1,8%
53	75 750100333 - HULP-EST PARISIEN SITE COCHIN APHP	AP-HP	NC	3 271	1 333	4 604	28%	15,34%	3 695	1 407	5 102	28%	15,34%	3 451	1 569	5 020	28%	4,04%	2,9%	11,0%	0,9%

Tableau de bord activité régionale hospitalisation complète et ambulatoire de 2022 au 1er semestre 2024 en IDF

DONNEES PMSI ET TABLEAUX DE BORD : UN OUTIL CLÉ POUR L'OBSERVATOIRE DE CHIRURGIE

2) TABLEAUX DE BORD

Zoom sur les séjours C (hors séjours BB) de l'établissement

extraction : activité PMSI MCO des établissements via DIAMANT

Nom de l'établissement		Nb de séjours 2023										Données par GP		Données par DA		
		Hospitalisé complète (HC)					Ambulatoire					Total séjours	% ambu	Nb total de séjours	% ambu par DA	% par DA / total
Libellé Domaine Activité (DA)	Libellé Groupe Planification (GP)	Chirurgie non ambulatoire (cas C)	Séjours sans acte classant d'au moins une nuit - médecine notamment (cas X)	Techniques peu invasives (diagnostiques ou thérapeutiques) (cas K)	Total HC	Total par DA en HC	Chirurgie ambulatoire (cas C)	Séjours sans acte classant sans nuitée - médecine notamment (cas X)	Techniques peu invasives (diagnostiques ou thérapeutiques) (cas K)	Total Ambu	Total par DA en Ambu					
Nb total de séjours C (hors séjours BB)		17 732	723	194	18 649		7 768	155	828	8 751		27 400	32%			
D01 - Digestif	D01 - C06 - Chir. Digestive majeure : oesophage, estomac, grêle, côlon, rectum	495			495	2 106	1			1	444	496	0%	2 550	17%	9%
	D01 - C07 - Chir. Viscérale autre : rate, grêle, colon, proctologie, hernies	908			908		339			339		1 247	27%			
	D01 - C08 - Chir. hépato-biliaire et pancréatique	553			553		102			102		655	16%			
	D01 - X02 - Hépato-Gastro-Entérologie		150		150			2		2		152	1%			
D02 - Orthopédie traumatologie	D02 - C09 - Chir. majeure de l'app. Locomoteur: hanche, fémur, genou, épaule	783			783	1 643	3			3	589	786	0%	2 232	26%	8%
	D02 - C10 - Arthroscopies, Biopsies ostéo-articulaires	22			22		134			134		156	86%			
	D02 - C11 - Chirurgies autres de l'appareil locomoteur, amputations	630			630		417			417		1 047	40%			
	D02 - K08 - Traumatologie avec acte classant non opératoire ou anesthésie		9	3	12			3	14	17		29	59%			
	D02 - X05 - Traumatologie et ablation de matériel de l'appareil locomoteur		196		196			18		18		214	8%			
D03 - Traumatismes multiples ou complexes graves	D03 - C12 - Traumatismes multiples graves	159	45		204	204	3	2		5	5	209	2%	209	17%	1%
	D03 - X25 - Traumatismes multiples graves															
D04 - Rhumatologie	D04 - X06 - Rhumatologie		69		69	69		2		2	2	71	3%	71	17%	0%
D05 - Système nerveux (hors cathétérismes, vasculaires, diagnostiques)	D05 - C02 - Chirurgie du rachis, Neuro-chirurgie	3 354		173	3 527	3 836	88		38	126	232	3 653	3%	4 058	17%	15%
	D05 - C13 - Neurologie d'axe crânien	185			185		89			89		274	32%			

Tableau de bord des fiches établissement : la chirurgie de l'établissement de santé par domaine d'activité en 2023

DONNEES PMSI ET TABLEAUX DE BORD : UN OUTIL CLÉ POUR L'OBSERVATOIRE DE CHIRURGIE

2) TABLEAUX DE BORD

→ Evaluer l'efficacité et la qualité des soins

2	B	C	D	2021								2022								2023								
				Nb séjours avec RAAC	Nb séjours sans RAAC	Total	% de prise en charge RAAC	Age mosen avec RAAC	Age mosen sans RAAC	DMS avec RAAC	DMS sans RAAC	Nb séjours avec RAAC	Nb séjours sans RAAC	Total	% de prise en charge RAAC	Age mosen avec RAAC	Age mosen sans RAAC	DMS avec RAAC	DMS sans RAAC	Nb séjours avec RAAC	Nb séjours sans RAAC	Total	% de prise en charge RAAC	Age mosen avec RAAC	Age mosen sans RAAC	DMS avec RAAC	DMS sans RAAC	
3	Finess et raison sociale		Statut	GHT																								
4	de tous les établissements de la région																											
5				21247	62260	83507	25%	63	62	5	7	26940	60079	87019	31%	64	62	5	7	23364	67430	90854	26%	64	62	4	7	
11	par Statut																											
20	par Département																											
37	par GHT																											
38																												
39	750000481 - CHND DES QUINZE VINGTS PARIS	Public	NC																									
40	750000489 - CH SAINT ANNE	Public	75 Psy		159	159			59			5		167	167			55		4	1	209	210	0%	37	57	3	3
41	750000523 - GH PARIS SITE SAINT JOSEPH	ESPIC	NC	1005	799	1804	56%	62	64	3	7	1057	681	1738	61%	64	64	4	7	616	1116	1732	36%	61	65	3	6	
42	750000549 - FONDATION OPHTHALMOLOGIQUE ROTHSCHILD	ESPIC	NC	72	128	200	36%	50	55	3	5	103	99	202	51%	51	54	4	6	172	74	246	70%	53	53	3	9	
43	750100042 - HU SAINT LOUIS SITE LARIBOISIERE APHP	AP-HP	NC	450	584	1034	44%	66	60	4	8	517	399	916	56%	68	57	5	9	495	582	1077	46%	68	60	4	7	
44	750100075 - HU SAINT LOUIS SITE SAINT LOUIS APHP	AP-HP	NC	20	669	689	3%	71	60	16	10	178	467	645	28%	61	61	12	10	218	426	644	34%	61	62	11	9	
45	750100083 - HU EST PARISIEN SITE ROTHSCHILD APHP	AP-HP	NC																									
46	750100091 - HU EST PARISIEN SITE ST ANTOINE APHP	AP-HP	NC	193	1040	1233	16%	58	61	5	10	263	1108	1371	19%	55	62	5	10	263	1140	1403	19%	56	62	6	11	
47	750100109 - HU EST PARISIEN SITE TROUSSEAU APHP	AP-HP	NC	14	146	160	9%	28	14	4	10	12	140	152	8%	25	14	4	10	22	222	244	9%	39	13	3	10	
48	750100125 - HU PITIE SALPETRIERE APHP	AP-HP	NC	6	2796	2802	0%	70	61	6	8	69	2880	2949	2%	57	61	5	7	20	2321	2941	1%	55	61	8	7	
49	750100168 - HU PARIS CENTRE SITE COCHIN APHP	AP-HP	NC	262	1781	2043	13%	66	61	2	7	437	1371	1808	24%	64	60	4	7	523	1735	2258	23%	63	61	3	6	
50	750100208 - HU NECKER ENFANTS MALADES APHP	AP-HP	NC		208	208		9			12		242	242		9					232	232		9			8	
51	750100232 - HU PARIS NORD SITE BICHA T APHP	AP-HP	NC	6	810	816	1%	45	58	4	7	14	883	897	2%	47	58	3	7	5	869	874	1%	44	58	3	7	
52	750100273 - HU EST PARISIEN SITE TENON APHP	AP-HP	NC	75	491	566	13%	59	52	12	5	72	433	505	14%	60	52	13	6	61	436	497	12%	57	53	14	5	
53	750100103 - HOPITAL PIERRE ROUGES LES BLUETS	ESPIC	NC		7	7			46				15	15			47				11	11		51			3	
54	750100104 - INSTITUT MUTUALISTE MONTSOURIS	ESPIC	NC	2060	244	2304	89%	63	66	3	8	2262	65	2317	97%	64	63	3	13	2799	2	2901	100%	64	78	2	3	
55	750100237 - HOPITAL DE LA CROIX SAINT SIMON	ESPIC	NC	1948	728	2676	73%	69	61	1	6	2223	631	2854	78%	68	62	1	6	2880	709	3589	80%	69	62	1	4	
56	750160012 - CLCC INSTITUT CURIE	ESPIC	NC	36	478	514	7%	65	62	7	6	45	418	463	10%	64	61	7	6	41	399	440	9%	65	61	8	6	
57	750300014 - CLINIQUE MEDICO CHIRURGICALE DU LOUVRE	Privé	NC		2	2			82				1															
58	750300071 - CLINIQUE GEOFFROY SAINT HILAIRE	Privé	NC	966	1232	2198	44%	51	58	1	4	1463	763	2226	66%	53	61	1	4	1040	1135	2175	48%	54	59	1	3	
59	750300089 - CLINIQUE DU SPORT	Privé	NC	291	395	686	42%	59	66	1	4	375	387	762	49%	57	67	1	4	246	582	828	30%	58	66	1	3	
60	750300097 - INSTITUT ARTHUR VERNES	Privé	NC																									
61	750300121 - FOND ST JEAN DE DIEU CLINIQUE OUDINOT	Privé	NC	1	396	397	0%	67	66	1	3	2	425	427	0%	80	66	4	3	1	457	458	0%	73	66	1	3	
62	750300129 - CLINIQUE DE L'ALMA	Privé	NC		186	186			57				140	140			58				145	145		55			3	
63	750300184 - CLINIQUE TURIN	Privé	NC	11	755	766	1%	66	58	9	3	4	733	737	1%	56	60	5	4		607	607		61			4	
64	750300200 - HOPITAL PRIVÉ DES PEUPLIERS	Privé	NC	218	220	438	50%	48	59	1	6	259	191	450	56%	47	64	1	6	68	365	433	16%	50	58	2	4	
65	750300410 - CLINIQUE JEANNE D'ARC	Privé	NC		44	44			59				17	17			52											
66	750300493 - CLINIQUE ARAGO	Privé	NC		2415	2415			66				2727	2727			66				2951	2951		66			1	
67	750300550 - CLINIQUE SAINTE GENEVIEVE	Privé	NC		1	1			42				1	1														
68	750300592 - CLINIQUE BLOMET	Privé	NC	332	88	420	79%	54	62	0	4	539	77	616	88%	53	67	0	6	579	111	690	84%	54	63	0	4	
69	750300741 - CLINIQUE CHIRURGICALE VICTOR HUGO	Privé	NC		26	26			67				44	44			69				52	52		68			1	
70	750300766 - CLINIQUE BIZET	Privé	NC	267	694	961	28%	55	62	1	4	291	714	1005	29%	59	63	2	4	237	678	915	26%	58	63	1	4	
71	750300774 - CLINIQUE JOUVENET	Privé	NC	254	854	1108	23%	66	71	2	2	399	836	1235	32%	67	72	1	3	261	1092	1353	19%	67	71	1	2	
72	750300840 - CLINIQUE DE LA MUETTE	Privé	NC	48	111	159	30%	51	52	2	2	121	40	161	75%	56	54	1	4	22	127	149	15%	52	53	2	2	
73	750300857 - CLINIQUE REMUSAT	Privé	NC	202	17	219	92%	66	60	1	2	232	5	237	98%	64	59	1	3	344	1	345	100%	66	75	1	1	
74	750300881 - CLINIQUE CHIRURGICALE DU TROCADERO	Privé	NC	1	288	289	0%	57	49	1	2	4	267	271	1%	40	51	2	2	3	249	252	1%	41	52	1	2	
75	750300915 - CLINIQUE INTERNATIONALE PARC MONCEAU	Privé	NC	599	901	1500	40%	52	55	0	2	529	911	1440	37%	56	56	0	2	396	847	1243	32%	57	56	1	2	

Tableau de bord régional de la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) de 2021 à 2023

ACTIVITÉ CHIRURGIE ROBOTISÉE (OC)

Messages clés

- Les données PMSI sont la base de l'analyse, mais elles doivent être fiables.
- Cela repose sur un codage rigoureux des extensions robotisées (-30/-40).
- Grâce à ces données, on peut produire des indicateurs opérationnels :
 - Taux de recours au robot
 - Potentiel non utilisé
 - Comparaisons entre établissements
 - Suivi de l'évolution interannuelle
- Le rôle des DIM est central :
 - Assurer l'exhaustivité et la précision du codage
 - Faire le lien avec les blocs opératoires
 - Garantir une lecture fidèle de l'activité pour appuyer les décisions

 Objectif global : améliorer la qualité des données pour mieux former, équiper, ou mutualiser les ressources.

ACTIVITÉ CHIRURGIE ROBOTISÉE (OC)

Nom de l'établissement		Volume d'actes réalisés dans l'année (périmètre : liste des 56 actes)									Evol° 2023 / 2024 par activité et discipline	
Nombre de robots	2	2023					2024					
Disciplines	Activités	Avec robot	Sans robot	Total 2023	% code avec robot de l'ES	% avec robot région en 2023	Avec robot	Sans robot	Total 2024	% code avec robot de l'ES		% avec robot région en 2024
Nb total d'actes réalisés par l'établissement		842	214	1 056	79,7%	45,8%	853	193	1 046	81,5%	50,1%	-0,9%
Urologie	Curage ganglionnaire	143	4	147	97,3%	89,5%	22	2	24	91,7%	77,3%	-83,7%
	Cystectomie	2	0	2	100,0%	51,5%	1	0	1	100,0%	61,7%	-50,0%
	Néphrectomie	71	3	74	95,9%	62,3%	78	2	80	97,5%	65,4%	8,1%
	Néphrectomie partielle	121	6	127	95,3%	90,9%	137	0	137	100,0%	95,7%	7,9%
	Plastie bassinnet	16	1	17	94,1%	80,5%	15	0	15	100,0%	83,9%	-11,8%
	Prostate	174	5	179	97,2%	94,2%	154	5	159	96,9%	96,2%	-11,2%
sous-total UROLOGIE		527	19	546	96,5%	87,9%	407	9	416	97,8%	87,6%	-23,8%
Digestif	Chir bariatrique	59	52	111	53,2%	14,4%	62	33	95	65,3%	19,4%	-14,4%
	Colon	1	108	109	0,9%	17,5%	5	107	112	4,5%	21,7%	2,8%
	Prolapsus rectal	2	0	2	100,0%	14,3%	0	0	0	0,0%	19,1%	-100,0%
	Rectum	0	4	4	0,0%	21,3%	0	3	3	0,0%	24,6%	-25,0%
sous-total DIGESTIF		62	164	226	27,4%	16,2%	67	143	210	31,9%	20,7%	-7,1%
Gynécologie	Curage ganglionnaire	32	4	36	88,9%	47,9%	144	7	151	95,4%	81,8%	319,4%
	Hystérectomie	138	21	159	86,8%	37,9%	145	32	177	81,9%	43,3%	11,3%
	Myomectomie	16	1	17	94,1%	49,7%	35	1	36	97,2%	52,8%	111,8%
	Prolapsus génital	67	2	69	97,1%	31,9%	55	0	55	100,0%	35,8%	-20,3%
sous-total GYNECOLOGIE		253	28	281	90,0%	38,1%	379	40	419	90,5%	49,8%	49,1%
Thorax	Mediastin	0	0	0	0,0%	75,0%	0	0	0	0,0%	70,4%	
	Poumon	0	0	0	0,0%	41,1%	0	0	0	0,0%	40,3%	
sous-total THORAX		0	0	0	0,0%	43,3%	0	0	0	0,0%	42,2%	
ORL	Epiglotte	0	0	0	0,0%	4,9%	0	0	0	0,0%	2,1%	
	Oropharynx	0	3	3	0,0%	56,1%	0	1	1	0,0%	63,2%	-66,7%
sous-total ORL		0	3	3	0,0%	40,7%	0	1	1	0,0%	43,0%	-66,7%

📍 Exemple – Hôpital Public à Paris (2024)

2 robots installés
 1 046 actes robotisables, 81,5% réalisés avec robot (vs 50,1% en région)

◆ Par spécialité :

- Urologie : recours très élevé (97,8%)
- Gynécologie : nette progression (+49%), curage ganglionnaire x4
- Digestif : plus faible recours (31,9%), marge d'amélioration

🔍 Ce que ça montre :

- Forte utilisation possible quand le codage est rigoureux
- Permet d'identifier les disciplines moins robotisées
- Sert de base pour former, mutualiser ou revoir le codage

✅ Conclusion :

Ce tableau n'est utile que si les données PMSI sont bien codées.

Questions - réponses

LES FACTEURS SOCIO-ENVIRONNEMENTAUX

En 2021, le guide méthodologique SSR préconise le codage des facteurs socio-environnementaux (FSE), et les travaux de l'ATIH aboutissent à la parution d'un document de synthèse (janvier 2022, concept et codage pour le PMSI)

- ▶ La demande s'étend progressivement aux autres champs
 - ▶ À l'HAD; où la nouvelle classification, expérimentale depuis juillet 2023, prend en compte les FSE (codes de la CIM10 et codage de modes de prises en charge psycho-sociaux)
 - ▶ Aux MCO dans le cadre des travaux sur la sévérité en médecine, à d'autres projets comme le financement à l'épisode de soins.
- ▶ L'objectif est d'améliorer la qualité du recueil des facteurs socio-environnementaux
- ▶ Et de les prendre en compte dans les classifications ou d'autres vecteurs de financement (les FSE apparaissent parmi les critères de la dotation populationnelle)

Dotation populationnelle

- ▶ L'Arrêté du 26 mai 2023 définissant les critères et les pondérations du montant populationnel mentionné à l'article R. 162-34-4 du code de la sécurité sociale et la liste de critères mentionnée à l'article R. 162-34-10 du même code est paru au JO du 03 juin 2023.
- ▶ Cet arrêté précise la façon dont est construite la dotation populationnelle au niveau national, et les pondérations conduisant à sa répartition entre les régions. L'arrêté détaille ainsi la façon dont est constituée la dotation populationnelle régionale.
- ▶ Elle est composée de deux sous-enveloppes :
 - ▶ Une dotation populationnelle qui mesure le besoin de santé de proximité, à laquelle sont appliqués des critères populationnels (part des 75 ans et +, nombre d'IDE etc) •
 - ▶ Une dotation populationnelle qui mesure le besoin de recours, construit sur la base des cartographies établies par l'Assurance maladie, mesurant la prévalence de ces maladies et les besoins en offre de soins.
- ▶ Ces deux sous-enveloppes constituent la dotation populationnelle de chacune des régions.
- ▶ Enfin, l'arrêté, dans son annexe 2, fixe la liste des critères mis à disposition des CCAR et des ARS pour établir le modèle populationnel régional

Liste de critères de répartition du montant de la dotation

(référence Arrêté du 26 mai 2023 définissant les critères et les pondérations du montant populationnel mentionné à l'article R. 162-34-4 du code de la sécurité sociale et la liste de critères mentionnée à l'article R. 162-34-10 du même code)

► Niveau régional

► Parmi les indicateurs de population

- Taux de pauvreté; part de revenus d'activité; revenu net par foyer
- Part de la population vivant dans un logement en situation de suroccupation
- Indice de désavantage social (Fdep)
- Taux de chômage
- Indice de développement humain
- Part des personnes de plus de 75 ans vivant seules
- Part de personnes de 75 ans et plus en établissement d'hébergement pour personnes âgées

► Parmi les indicateurs d'accessibilité à l'offre de soins et d'équipement

- Taux d'équipement médico-social
- Nombre de places dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées
- Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes, aux infirmiers libéraux, aux kinésithérapeutes

► Critères relatifs aux caractéristiques des établissements (critères

Critères de la certification (IQSS 2024)

Critère 1.1-03 Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités

Critère 1.1-04 L'enfant ou l'adolescent est invité à exprimer son avis sur le projet de soins

Critère 1.1-05 Le patient bénéficie de messages renforçant sa capacité à agir pour sa santé

Critère 1.1-06 Le patient bénéficie d'actions pour devenir acteur de sa prise en charge

Critère 1.1-09 Le patient, en prévision de sa sortie, est informé des consignes de suivi pour sa prise en charge

Critère 1.1-12 En ambulatoire, le patient reçoit les informations spécifiques aux modalités de sa prise en charge

Critère 1.1-18 Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur les modalités de sa prise en charge

Critère 1.3-01 Avec l'accord du patient et selon la situation, les proches et/ou aidants doivent pouvoir s'impliquer dans la mise en œuvre du projet de soins

Critère 1.3-02 Les proches et/ou aidants du patient adhèrent, avec son accord, aux modalités spécifiques de prise en charge en HAD

Critère 1.4-01 Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquates

Critère 1.4-06 Les conditions de vie habituelles sont prises en compte notamment pour la préparation de la sortie

Critère 2.2-09 L'équipe de soin peut faire appel si besoin à un réseau d'équipes de recours ou d'expertise

Critère 3.2-05 L'établissement participe au repérage et à la prise en charge des maltraitances éventuelles subies par les patients

Pourquoi coder les facteurs sociaux environnementaux?

- ▶ De nombreuses recherches et études montrent que les populations ne sont pas égales face aux pollutions, nuisances et risques environnementaux
- ▶ Et qu'une politique de réduction des expositions a un bénéfice sanitaire, en particulier auprès des populations défavorisées.
- ▶ Ce qui rend nécessaire le repérage de ces facteurs

Historique: le concept de justice environnementale

- ▶ Développé aux États-Unis dans les années 1970, il s'appuie sur des indicateurs de risques sanitaires et de disparités d'espérance de vie.
- ▶ Elle renvoie aux inégalités d'exposition environnementale (pollution, déchets, inondations...) et aux situations d'exclusion sociale.
- ▶ En 1994, cette notion est formalisée pour inscrire l'obligation de traitement et d'implication équitable des minorités américaines dans les politiques publiques.
- ▶ Ce courant de la justice environnementale se diffuse en Europe dans les années 2000 (Lejeune, 2015), sous un autre angle: celui de la vulnérabilité environnementale selon les groupes sociaux (études de « Friends of the Earth » au Royaume-Unis et de Kruize et Bouwman, 2004, montrant les liens entre implantation des environnements polluants et zones de faibles revenus.
- ▶ De nombreuses recherches s'attachent à identifier les mécanismes et les déterminants à l'origine des inégalités sociales de santé (ISS). Ils montrent que ceux-ci sont interdépendants et que leur effet cumulatif entraîne la dégradation de l'état de santé, notamment des groupes socio-économiquement défavorisés.
- ▶ Des facteurs complexes sont identifiés, contexte social et psychosocial (stress au travail, dépression...), accès inégal au système de soins, facteurs individuels (alcoolisme, tabagisme, sédentarité...seraient davantage prévalents dans les populations à faible revenu ou à faible lien social?)

historique

La sociologie environnementale naît dans les années quatre vingt-dix.

L'approche par milieu de vie repose sur le fait que la santé n'est pas seulement de la responsabilité des individus ou du système de soins, mais que « la santé est créée et vécue dans le milieu de vie quotidien des personnes où elles apprennent, travaillent, jouent et aiment », comme mentionné dans la charte d'Ottawa (OMS, 1986)

Le modèle socio-écologique (MSE) est une représentation des déterminants de la santé qui intègre ces différents facteurs. Il contribue à l'identification des déterminants de santé et suggère les relations constantes et dynamiques qui existent entre eux.

Définitions de l'OMS

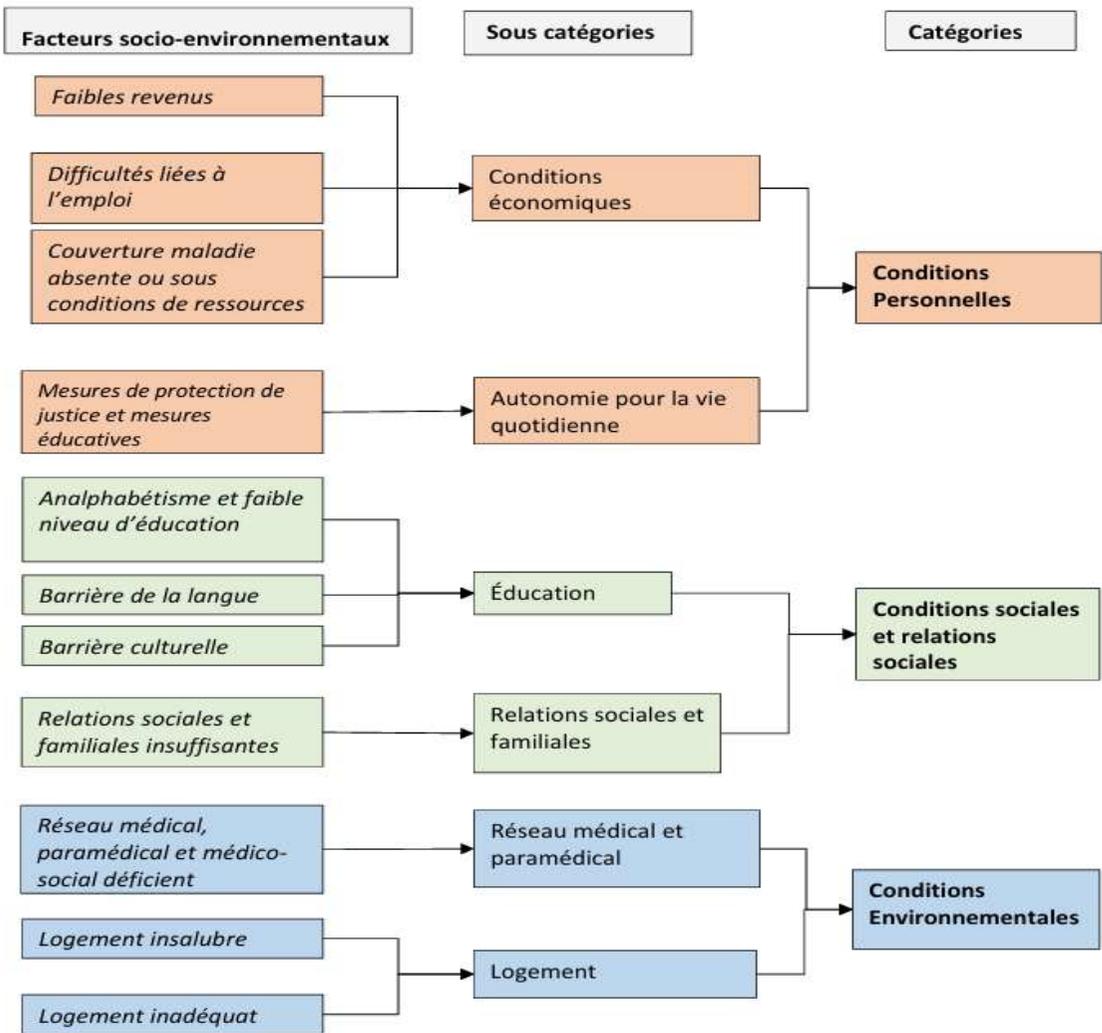
- ▶ Un facteur socio-environnemental désigne une caractéristique personnelle ou de l'environnement permettant de décrire le contexte du patient au sens de la classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé ayant un impact sur la prise en charge de ce patient pendant son hospitalisation.
- ▶ Selon l'OMS, les déterminants de la santé sont les « facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé de la population »

codage des FSE dans le PMSI

- ▶ Le codage des FSE (dans la CIM10) s'ajoute aux éléments de prise en charge codés selon l'algorithme habituel
 - ▶ Le motif principal de prise en charge
 - ▶ Les complications médicales
 - ▶ La continuité des soins pour les pathologies connues et déjà traitées du patient
 - ▶ Les nouvelles pathologies diagnostiquées
- ▶ Ils peuvent avoir des impacts sur la prise en charge
 - ▶ Allonger la durée de séjour
 - ▶ Être (en pédiatrie) le motif du séjour (hospitalisation en urgence pour situation de maltraitance)
 - ▶ Mobiliser davantage de soins (psychologue, assistant(e) social(e) pour demandes de prestations par exemple)
 - ▶ Influencer sur la stratégie diagnostique / thérapeutique

Structuration des facteurs socio-environnementaux

(source « LES FACTEURS SOCIO-ENVIRONNEMENTAUX Concept et codage pour le PMSI .Mise à jour du 13/01/2022 – Intégration de situations et codes préférentiels pour l'HAD – ATIH)



Exemple de Codes de la CIM 10 utilisés et conséquences possibles

- ▶ faibles revenus ou sans revenu
 - ▶ **Personne sans revenu :**
 - ▶ Z59.50 Personne très pauvre, revenus inférieurs aux minima sociaux ou absents
 - ▶ Z59.58 Situations de pauvreté extrême, autres et sans précision
 - ▶ Z59.62 Revenus équivalents aux minima sociaux ou bénéficiaire de minima sociaux
 - ▶ Z59.68 Faibles revenus, autres et non précisés
 - ▶ Cela peut inclure aussi les problèmes liés à l'emploi, qui n'ont pas vraiment de code spécifique (*en dehors du code Z565: Mauvaise adaptation au travail qui concernerait plutôt le SMR, et des codes traduisant un harcèlement*)
- ▶ Conséquences possibles
 - ▶ Difficultés pour suivre les préconisations de l'équipe soignante (par exemple recommandations alimentaires, manger des fruits et légumes...)
 - ▶ Rupture de la continuité des soins (déplacements difficiles)
 - ▶ Difficultés pour accéder à des prestations non remboursées, aux aides à domicile, par exemple

Exemple de Codes de la CIM 10 utilisés et conséquences possibles

Problème de couverture-maladie

- ▶ Z59.70* Absence de couverture sociale
- ▶ Z59.78* Couverture sociale et secours insuffisants, autres et non précisés
- ▶ Z59.60 Bénéficiaire de l'aide de l'État à la complémentaire santé
- ▶ Z59.61 Bénéficiaire de l'AME

- ▶ Avec des conséquences en termes de lourdeur de l'hospitalisation (intervention du service social, par exemple; d'où la traduction des codes Z5970 et 78 en CMA en SMR et MCO)
- ▶ Et de parcours de prise en charge (établissements / libéraux/ EHPAD/... frileux pour accueillir le patient en suite d'hospitalisation)

** CMA= co-morbidité associée, aggrave le niveau de lourdeur du séjour dans la classification en SMR et en MCO, donc (en principe) la prévision de durée de séjour et la valorisation*

Exemple de Codes de la CIM 10 utilisés et conséquences possibles

Mesures de protection

- ▶ Z65.3 Bénéficiaire de mesures de protection juridique (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice) et d'assistances éducatives (mesures de suivi et d'aide à la famille, mesures de placement), Difficultés liées à d'autres situations juridiques
- ▶ Il est possible de se trouver face à des difficultés pour obtenir un consentement entraînant un retard de décision thérapeutique ou de placement.
- ▶ Peut entraîner une lourdeur accrue de la prise en charge (dossier de demande de mesures de protection, par exemple)

▶ Refus de soins

- ▶ Z531 Acte non effectué par décision du sujet pour raisons de conviction et de pression sociale
- ▶ Z532 Acte non effectué par décision du sujet pour des raisons autres et non précisées
- ▶ Des situations compréhensibles et légitimes (refus d'acharnement par exemple, d'autres nécessitant des négociations chronophages+++ (vaccins,...)

Exemple de Codes de la CIM 10 utilisés et conséquences possibles

Faible niveau d'éducation: l'analphabétisme et l'illettrisme

- ▶ L'analphabétisme désigne des personnes qui n'ont jamais été scolarisées. L'illettrisme désigne les personnes qui ont été scolarisées mais ne maîtrisent pas assez les compétences de base pour être autonomes dans les situations simples de la vie courante (dans la langue d'usage du patient)
- ▶ Codes de la CIM 10
 - ▶ Z55.1 Scolarisation inexistante ou inaccessible
 - ▶ Z55.00 Analphabétisme et illettrisme
 - ▶ Z55.08 Faibles niveaux éducatifs, autres et sans
- ▶ Avec pour conséquences possibles des difficultés d'adhérence aux consignes, à la compréhension des traitements, des difficultés d'éducation thérapeutique,...

Barrière de la langue

- ▶ Z60.30 Difficultés liées à la langue (il existe aussi un modulateur d'actes de rééducations en SMR)
 - ▶ Cela peut entraîner des difficultés pour le patient pour comprendre les consignes
 - ▶ Pour le personnel des difficultés à comprendre le patient , voire des contresens.
 - ▶ Solution, interprète, ou l'usage d'un outil numérique d'aide à la traduction.
- ▶ Z60.38 Difficultés d'acculturation
 - ▶ La méconnaissance des différences culturelles peut engendrer des obstacles qui entravent la relation soignant-soigné.
 - ▶ L'équipe peut faire appel à un médiateur culturel.

Cela peut créer parfois aussi des difficultés familiales (enfants traducteurs pour leurs parents malades...)

RESEAU MEDICAL, PARAMEDICAL ET MEDICO-SOCIAL DEFICIENT

- ▶ Inaccessibilité à l'offre de soins médicale, paramédicale et médico sociale :
 - ▶ présence insuffisante des professionnels sur le territoire
 - ▶ incapacité à pouvoir s'y rendre
 - ▶ lits/places non disponibles en structure d'aval
 - ▶ Les situations et codes CIM-10 associés Les difficultés liées au réseau de soins déficient recouvrent les situations présentées dans le tableau suivant. Le code CIM-10 Z75.4 est associé à plusieurs situations. Les situations « absence de professionnels médico-sociaux » et « cabinets médicaux ou paramédicaux non disponibles ou non accessibles » sont décrites avec le même code CIM-10 (Z75.4).
- ▶ Z75.0 Absence de services médicaux à domicile
- ▶ Z75.4 Autres organisations d'aide non disponibles et non accessibles (code recommandé durant la pandémie pour justifier des actes de télémédecine ou de télé rééducation)
- ▶ Z75.1 Sujet attendant d'être admis ailleurs, dans un établissement adéquat (code CMA)

L'offre de soins sur le territoire est un facteur déterminant de l'orientation du patient à la sortie d'hospitalisation. L'absence de relais ou la non-disponibilité des relais sur le territoire peut entraîner une rupture dans la continuité de la prise en charge (ou au contraire, empêcher les sorties – Bed Blockers en SMR)

LOGEMENT INADEQUAT

- ▶ Z59.10 Logement insalubre ou impropre à l'habitation (logement qui met en danger la santé ou la sécurité de l'occupant)
 - ▶ Z59.12 Logement inadéquat du fait de l'état de santé de la personne
 - ▶ Z59.0 Hébergement temporaire ou de fortune
 - ▶ Z59.13 Sans abri
 - ▶ Z59.11 Logement sans confort
-
- ▶ Les difficultés liées au facteur « logement inadapté » peuvent être de plusieurs ordres, nécessitant soit un relogement, soit des adaptations du logement parfois coûteuses et , en tout cas, retardant la sortie du patient hospitalisé
 - ▶ En toute logique, ces codes ne peuvent pas correspondre à des situations de retour à domicile en HAD

Tous les codes Z liés au logement sont des codes CMA

Le repérage des situations de maltraitance sociale ou individuelle (source HAS)

- ▶ La loi n° 2022-140 du 7 février 2022 (article L. 119-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF)) définit la maltraitance: « La maltraitance au sens du présent code vise toute personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non. Leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Les violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations »
- ▶ Les conséquences sont multiples, en termes de prise en charge, d'orientation des patients en fin d'hospitalisation, de lien avec les partenaires sociaux
- ▶ Le repérage des situations de maltraitance est un des critères IQSS (certification 2024)

Les grands enjeux du repérage des risques de maltraitance

<p>Enjeux de société</p> <ul style="list-style-type: none"> – Lutter contre tous types de discrimination liée à l'origine, l'âge, au handicap, genre, à la religion ou orientation sexuelle. – Garantir la sécurité et la protection de tous les citoyens, quels que soient leur origine, âge, handicap, genre, religion, orientation sexuelle et situation de vulnérabilité. 	<p>Enjeux de droit et de protection des personnes</p> <ul style="list-style-type: none"> – Protéger les personnes et notamment les plus vulnérables. – Faire émerger une société capable de prendre soin « des plus fragiles » et des plus vulnérables. – Faciliter la collaboration entre la justice, le secteur sanitaire et le secteur médico-social.
<p>Enjeux de santé publique</p> <ul style="list-style-type: none"> – Diminuer la morbi-mortalité liée à la maltraitance. – Prévenir les reproductions de situation de maltraitance d'une génération à l'autre. 	<p>Enjeux de politiques publiques</p> <ul style="list-style-type: none"> – Homogénéiser les politiques publiques grâce à une approche transversale des maltraitances. – Développer les dispositifs et actions de prévention des maltraitances à tous les âges de la vie.
<p>Enjeux économiques</p> <ul style="list-style-type: none"> – Évaluer les coûts économiques liés aux conséquences de la maltraitance pour la personne et son entourage. – Estimer et évaluer les coûts des politiques publiques de lutte contre la maltraitance pour mieux investir dans des politiques de prévention. 	<p>Enjeux de connaissances et de recherche</p> <ul style="list-style-type: none"> – Développer la/les recherche(s) sur la maltraitance (notamment les recherches empiriques, participatives, recherches-actions et études d'évaluation d'interventions).

<p>Enjeux professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> – Former les professionnels à la lutte contre la maltraitance et aux repérages des situations à risque de maltraitance. – Améliorer les pratiques professionnelles (repérage, suivi et accompagnement des situations à risque). – Favoriser la collaboration et la coordination entre les professionnels (sanitaire, social et médico-social). 	<p>Enjeux éthiques</p> <ul style="list-style-type: none"> – Développer les compétences éthiques des professionnels pour l'analyse et le suivi des situations à risque de maltraitance.
--	--

références

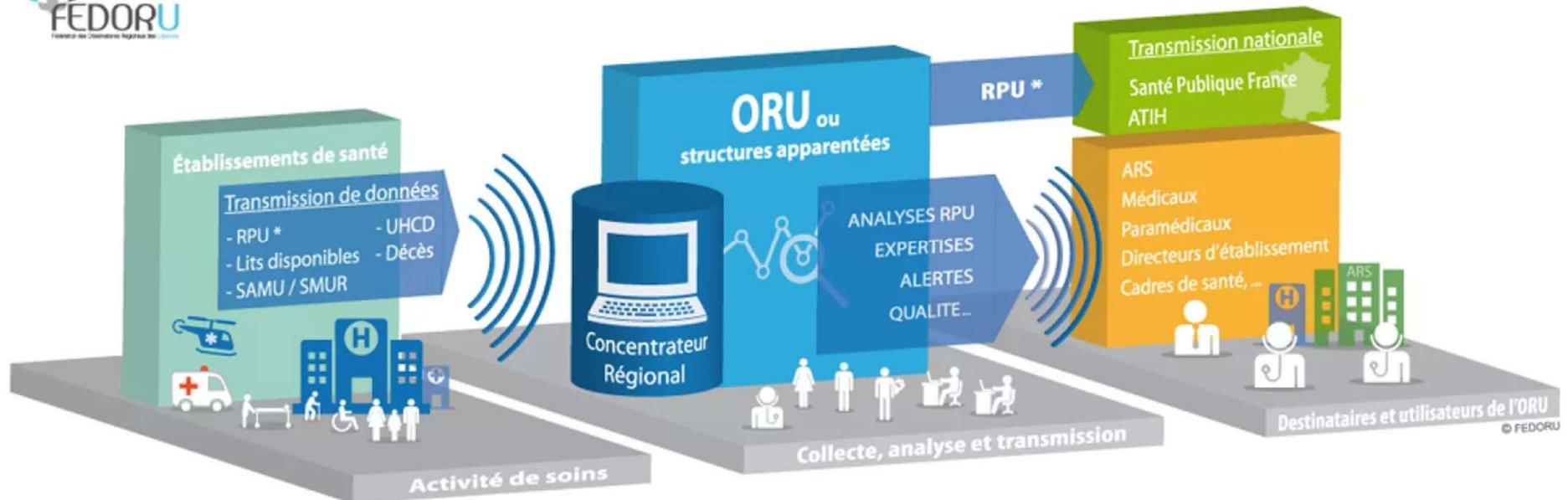
- ▶ Enjeux sociaux et économiques de la transition écologique
Les inégalités environnementales et sociales de santé en France, un champ de recherche à développer (Séverine Deguen– biostatisticienne et épidémiologiste Wahida Kihal-Talantikite– épidémiologiste)
- ▶ <https://doi.org/10.3917/lav.bourd.2016.01.0040>
- ▶ Arrêté du 26 mai 2023 définissant les critères et les pondérations du montant populationnel mentionné à l'article R. 162-34-4 du code de la sécurité sociale et la liste de critères mentionnée à l'article R. 162-34-10 du même code
- ▶ Classification internationale du fonctionnement https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42418/9242545422_fre.pdf
- ▶ Concept et codage pour le PMSI Janvier 2022 (ATIH)
- ▶ INPES. Qu'est-ce qui détermine notre état de santé ? santé publique France, [en ligne], disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/ISS/determinants-sante.asp>
- ▶ RECOMMANDER LES BONNES PRATIQUES GUIDE Évaluation du risque de maltraitance intrafamiliale sur personnes majeures en situation de vulnérabilité Validé par la CSMS le 27 juin 2024 (HAS)
- ▶ Manuel de certification des établissements de santé pour la qualité des soins
- ▶ De Koninck M., Pampalon R., Paquet G., Clément M., Hamelin A.M., Disant M.J., et al. Santé : pourquoi ne sommes-nous pas égaux ? Comment les inégalités sociales de santé se créent et se perpétuent (pdf, 2,5 Mo) . Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2008 : 95 p. 4.
- ▶ OMS. Déterminants sociaux de la santé. [en ligne] Disponible sur : https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/
- ▶ Guides de codification SMR 2021 à 2025
- ▶ * *Un thésaurus des possibles codes sociaux accompagne ce diaporama*



Merci de votre attention

La poursuite par l'ars des travaux sur la qualité des RPU

Rappels



* RPU : Résumé de Passage aux Urgences

1-Fiche exhaustivité et qualité des données RPU pour l'établissement :

Nb de RPU	2022		2023		2024		2024 / 2023	
	Valeurs	%	Valeurs	%	Valeurs	%	Vol.	%
Nb total de passages aux urgences	57 881		56 709		55 800		-909	-1,6%
flux RPU urgences générales	36 606		36 444		36 465		21	0,1%
flux RPU urgences pédiatriques	21 275		20 265		19 335		-930	-4,6%

dont patients :

- partis sans attendre	6 228	10,8%	5 455	9,6%	4 516	8,1%	-939	-17,2%
- réorientés	800	1,4%	1 542	2,7%	1 176	2,1%	-366	-23,7%
- ayant fugué	60	0,1%	87	0,2%	125	0,2%	38	43,7%
- sortis contre avis médical	355	0,6%	315	0,6%	302	0,5%	-13	-4,1%

Evolution de l'activité mensuelle :

Mois :	2022		2023		2024		2024 / 2023		2024 / 2022	
	Valeurs	%	Valeurs	%	Valeurs	%	Vol.	%	Vol.	%
Janvier	4 351	7,5%	4 569	8,1%	4 798	8,6%	229	5,0%	447	10,3%
Février	3 959	6,8%	4 443	7,8%	4 241	7,6%	-202	-4,5%	282	7,1%
Mars	5 008	8,7%	4 973	8,8%	4 833	8,7%	-140	-2,8%	-175	-3,5%
Avril	4 983	8,6%	4 676	8,2%	4 259	7,6%	-417	-8,9%	-724	-14,5%
Mai	4 856	8,4%	4 791	8,4%	4 825	8,6%	34	0,7%	-31	-0,6%
Juin	4 912	8,5%	4 889	8,6%	4 918	8,8%	29	0,6%	6	0,1%
Juillet	4 544	7,9%	4 269	7,5%	4 396	7,9%	127	3,0%	-148	-3,3%
Août	4 004	6,9%	4 121	7,3%	4 160	7,5%	39	0,9%	156	3,9%
Septembre	4 554	7,9%	4 877	8,6%	4 494	8,1%	-383	-7,9%	-60	-1,3%
Octobre	5 555	9,6%	5 087	9,0%	4 794	8,6%	-293	-5,8%	-761	-13,7%
Novembre	5 433	9,4%	4 879	8,6%	4 793	8,6%	-86	-1,8%	-640	-11,8%
Décembre	5 722	9,9%	5 135	9,1%	5 289	9,5%	154	3,0%	-433	-7,6%
Total annuel	57 881	100,0%	56 709	100,0%	55 800	100,0%	-909	-1,6%	-2 081	-3,6%

Répartition par mode d'entrée / transport et mode de sortie / orientation pour l'année en cours :

URGENCES GENERALES

Mode d'entrée / Transport à l'arrivée :

Mode d'entrée \ Transports	Non renseigné	Ambulance	Force de l'ordre	Hélicoptère	Moyen personnels	SMUR	VSAV	Non conforme	Total
Non renseigné									
Mutation					1				1
Transfert									
Domicile	52	3 856	613	14	23 901	340	7 688		36 464
Non conforme									
Total	52	3 856	613	14	23 902	340	7 688		36 465

Mode de sortie / Orientation :

Orientation \ Mode de sortie	Non renseigné	Mutation	Transfert	Domicile	Décès	Non conforme	Total	% erreur
Non renseigné	1 115	936	161	25 221	3		27 436	8%
Patient sorti du service à l'insu du personnel	4	5	1	101			111	9%
Hospitalisation en chirurgie hors SC, SI et REA	3	849	20	20			892	3%
Soins à la Demande d'un Tiers		54	5				59	
Soins à la demande d'un Représentant de l'État	1	60	3				64	2%
Hospitalisation en médecine hors SC, SI et REA	8	1 946	72	30			2 056	2%
Hospitalisation en obstétrique SC, SI et REA	3	14		1			18	22%
Parti sans attendre la prise en charge médicale	18			3 658			3 676	0%
Hospitalisation en réanimation		109	14	2			125	2%
Patient réorienté directement sans soins	2	5	4	273			284	4%
Hospitalisation en surveillance continue		5		1			6	17%
Sortie contre avis médical	6	5	1	258			270	4%
Hospitalisation en soins intensifs		333	10	2			345	1%
Hospitalisation en U.H.C.D	6	1 098	6	12	1		1 123	2%
Total	1 166	5 419	297	29 579	4		36 465	
<i>% erreur</i>	100%	18%	56%	0,2%	25%			

URGENCES PEDIATRIQUES

Mode d'entrée / Transport à l'arrivée :

Mode d'entrée	Transports								Total
	Non renseigné	Ambulance	Force de l'ordre	Hélicoptère	Moyen personnels	SMUR	VSAV	Non conforme	
Non renseigné									
Mutation									
Transfert		3							3
Domicile	29	149	5	3	18 514	33	599		19 332
Non conforme									
Total	29	152	5	3	18 514	33	599		19 335

Mode de sortie / Orientation :

Orientation	Non renseigné	Mutation	Transfert	Domicile	Décès	Non conforme	Total	% erreur
Non renseigné	10	259	3	13 982			14 254	2%
Patient sorti du service à l'insu du personnel				14			14	
Hospitalisation en chirurgie hors SC, SI et REA		60	4	10			74	14%
Soins à la Demande d'un Tiers								
Soins à la demande d'un Représentant de l'État								
Hospitalisation en médecine hors SC, SI et REA		1 196	2	7			1 205	1%
Hospitalisation en obstétrique SC, SI et REA								
Parti sans attendre la prise en charge médicale	3			837			840	0%
Hospitalisation en réanimation		2		2			4	50%
Patient réorienté directement sans soins	6	2	3	881			892	1%
Hospitalisation en surveillance continue		7					7	
Sortie contre avis médical			1	31			32	3%
Hospitalisation en soins intensifs								
Hospitalisation en U.H.C.D		1 986		27			2 013	1%
Total	19	3 512	13	15 791			19 335	
% erreur	100%	7%	54%	0,3%				

Répartition par Diagnostic Principal et code CCMU absents pour l'année en cours :

	% codage manquant	
	Diagnostic Principal	CCMU
URGENCES GENERALES	1,9%	2,7%
URGENCES PEDIATRIQUES	0,2%	0,4%

Hors Motif Orientation FUGUE, PSA et REO

- Projet d'envoi de cette fiche chaque mois, avec les données de la dernière période disponible
- Cible : DG, DAF, DIM, chef de service des urgences

Questions - réponses

Echanges à propos de l'ensemble des interventions

Synthèse et conclusion

Groupe de travail organisation du webinaire

Établissements

- Dr Mathilde Rousseau, médecin DIM au Centre Hospitalier de Créteil
- Dr Annick Hamon, médecin DIM en HAD
- Dr Thierry Roditis, médecin DIM SMR Clinalliance
- Dr Valérie Lemasson, médecin DIM GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences

Agence Régionale de Santé Île-de-France

- Emilie Baudalet, mission PMSI
- Christelle Morize, mission PMSI
- Gaëlle Quily, responsable du service performance
- Emmanuelle Devaux, chargée de missions au service performance

Remerciement aux intervenants

- Dr Valérie Lemasson, médecin DIM GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences
- Dr Annick Hamon, médecin DIM en HAD
- Carole Fraboulet, Technicienne de l'Information Médicale, FSEF Paris 13
- Hamza Lafdili, responsable du département Plateaux Techniques ARSIF
- Pr Olivier Soubrane, référent thématique chirurgie ARSIF
- Emilie Baudalet, chargée de mission PMSI
- Emmanuelle Devaux, chargée de missions au service performance
- Gaëlle Quily, responsable du service performance

Informations complémentaires

La prochaine journée de l'information médicale (automne) aura lieu
le 25 novembre 2025



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Merci de votre attention