ATIH Nos données au service de la Santé

TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE RECUEIL ET DE TRANSMISSION DES DONNÉES DE SANTÉ HOSPITALIÈRES

Programme nouveaux recueils (PNR)

16/10/2025

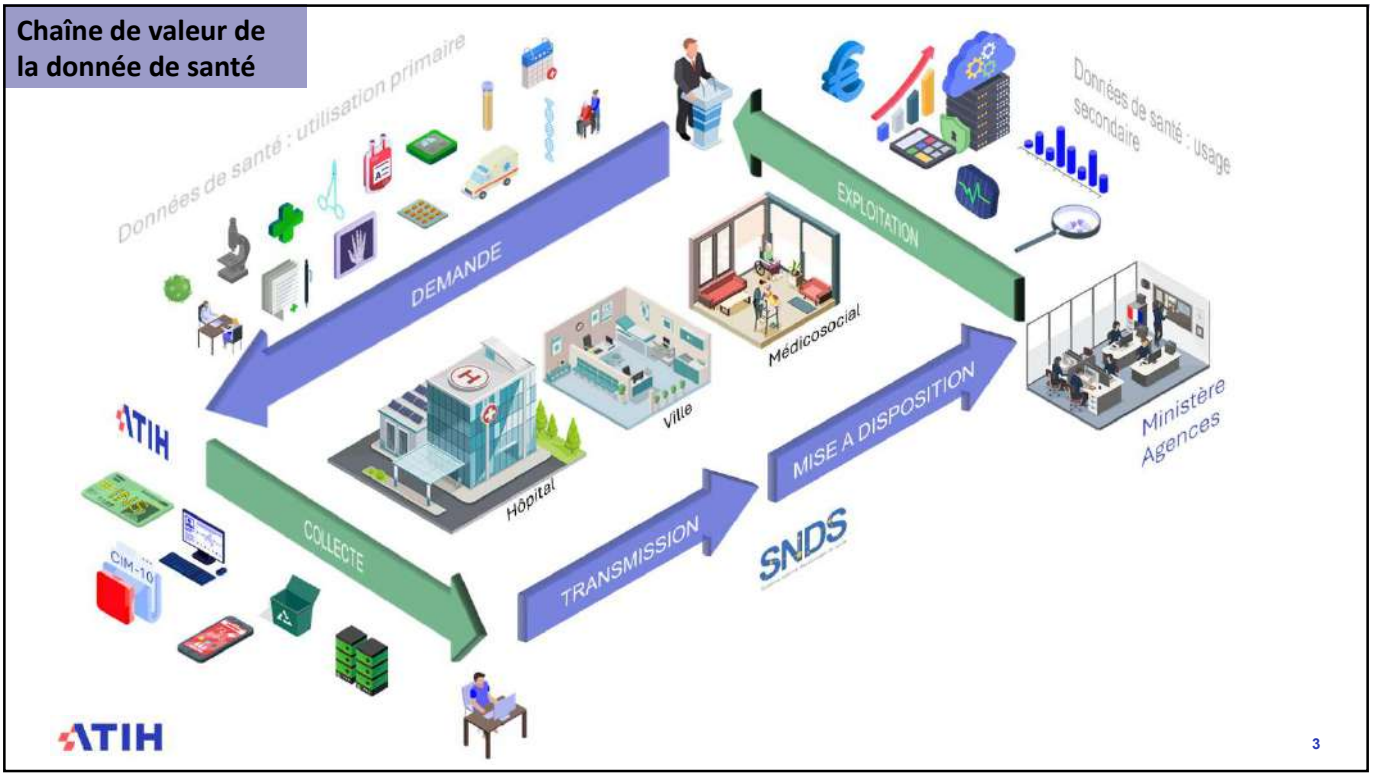
INTERVENTION AU CRAIM

Dr Sophie GUEANT
Etienne JOUBERT

CONTEXTE

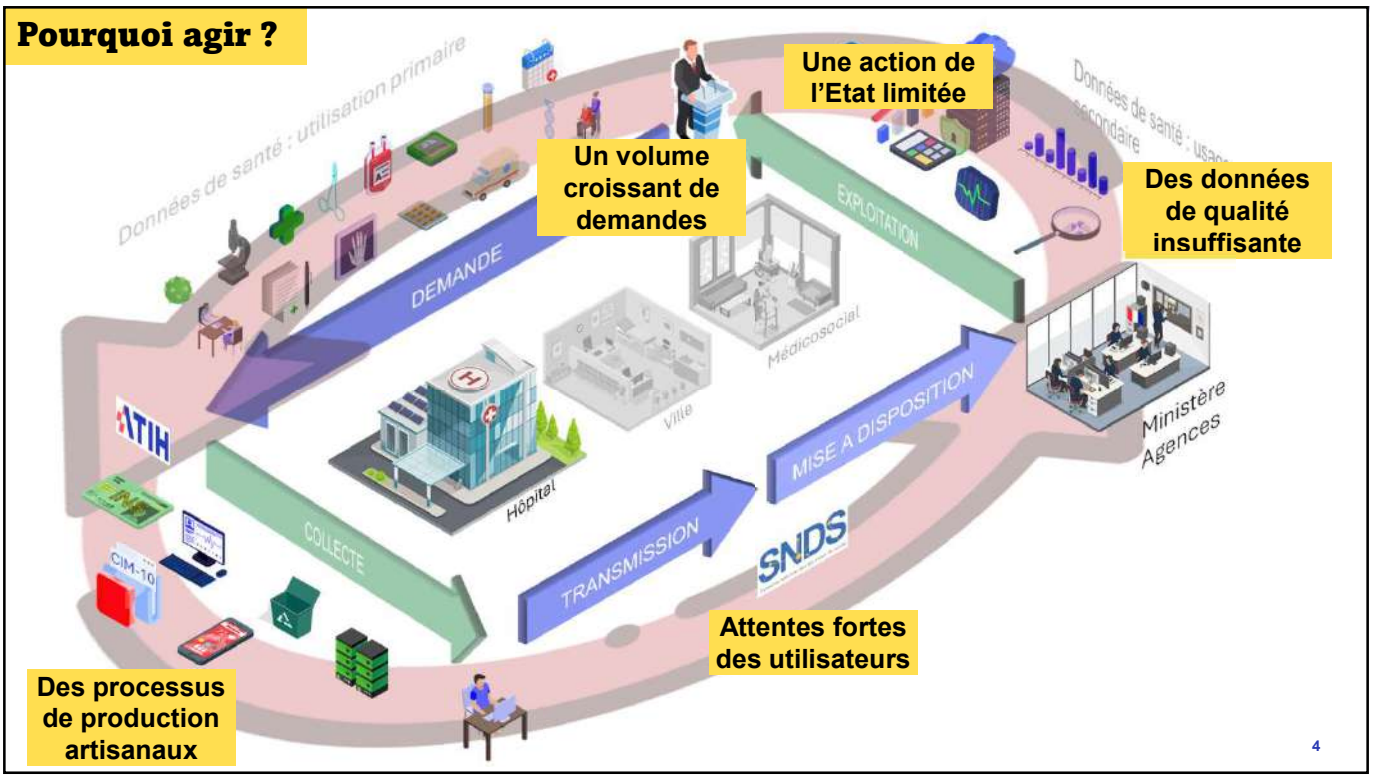
ATIH

Chaîne de valeur de la donnée de santé



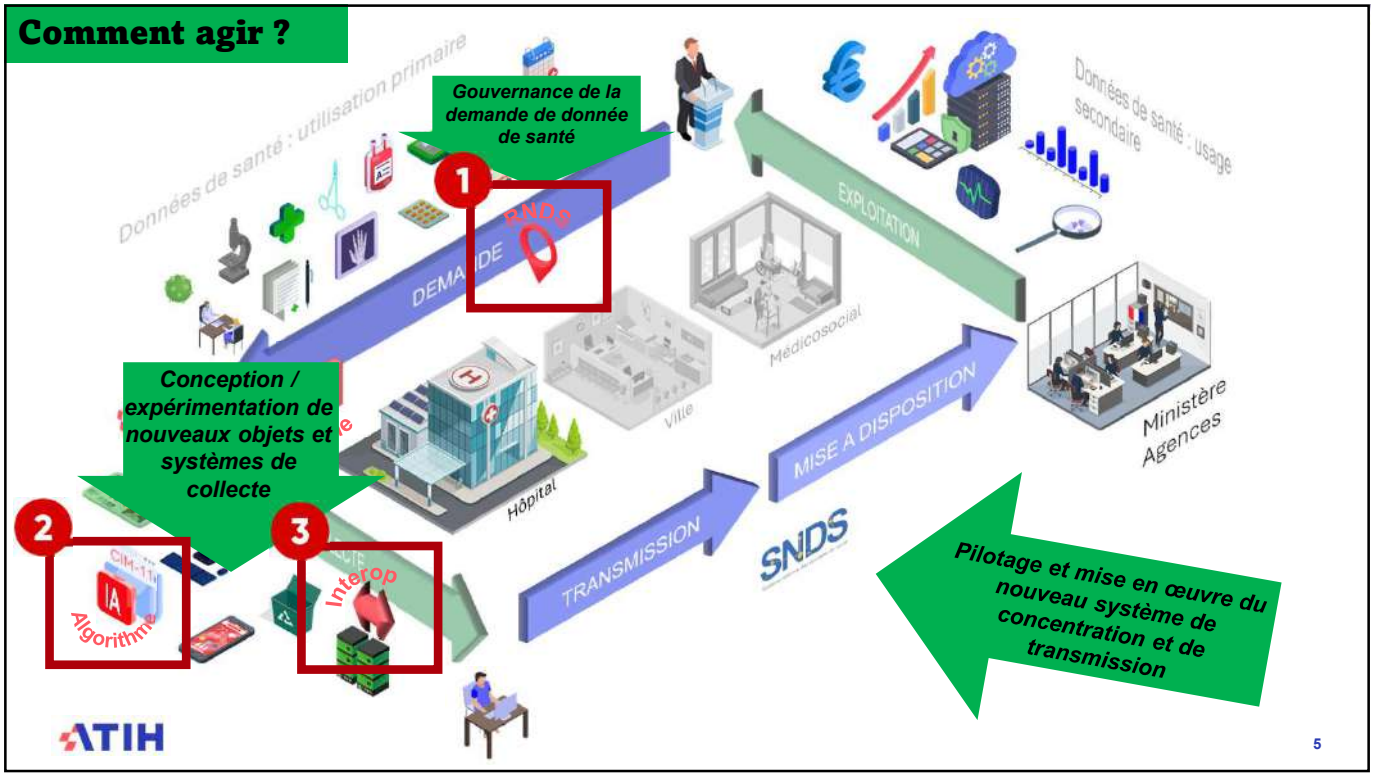
3

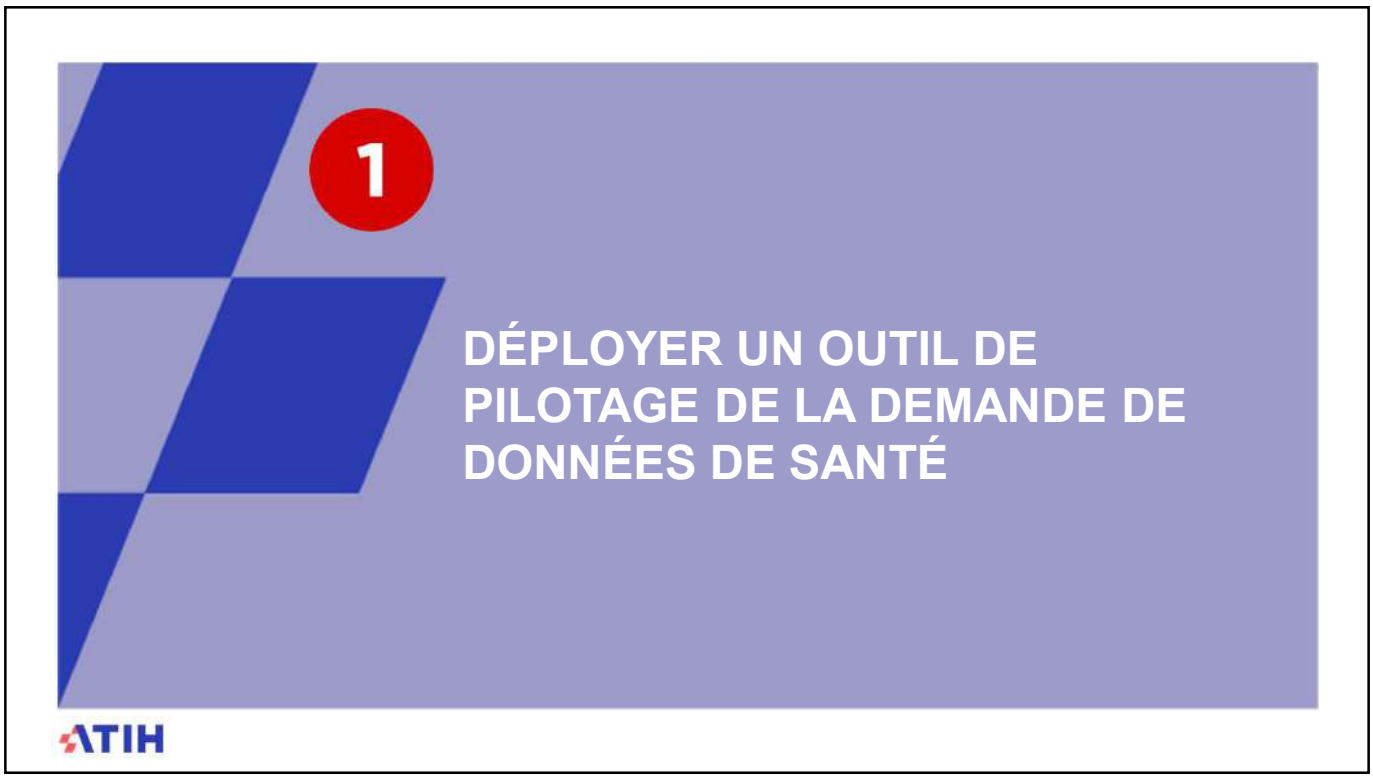
Pourquoi agir ?



4

Comment agir ?





L'hypothèse économique sur le coût/utilité de la donnée

Coût

Donnée avec un coût marginal de production important, servant une seule finalité d'importance mineure

➔ **A supprimer**

Donnée avec un coût marginal de production important, servant une finalité majeure ou plusieurs finalités d'importance moyenne/majeure

➔ **À garder mais à utiliser avec parcimonie/ A rationnaliser**

Donnée avec un coût marginal de production faible, servant une seule finalité d'importance mineure

➔ **À étudier**

Donnée avec un coût marginal de production faible, servant une finalité majeure ou plusieurs finalités d'importance moyenne/majeure

➔ **À garder**

Utilité

ATIH

Carto des DS → Recueil National des Données de Santé (RNDS)

Inventaire de tous les recueils contenant des informations médicales demandées par les institutions nationales à des fins de financement, de contrôle de la qualité et de pilotage du système de santé.

→ Quantifier et qualifier la demande de données d'information médicale
→ Evaluer le coût / utilité des données

V1 (2023)

- Formats PMSI + IQSS de 2015 à 2023

V2 (2024)

- Criticité et effort de production par variable
- V1 du TdB

V3 (2025)

- Nouveaux formats PMSI
- Formats ABM disponibles
- Caractérisation des variables selon les segments métiers HL7
- Rapprochement des variables avec le set de données minimal du HDH
- Documentation du RNDS

2026

Déploiement

- **Utilisation du RNDS pour l'instruction de nouvelles demandes de données**
- **Mise à disposition aux acteurs extérieurs concernés pour alimentation (ABM, HAS, HDH, etc.)**
- **Mise en rapport avec les demandes ARS**

Constitution

ATIH

Quelques questions / Réponses

Un instrument de gouvernance de la demande de DSH

Combien de variables sont demandées ?
1060 variables médicales sur un total de 3496

Combien d'institutions demandent cette variable ?
ATIH / ABM / HAS / INca

Est-ce qu'il existe de la redondance ?
Difficile à dire
→ Opération de groupage à réaliser

Peut-on arrêter de demander certaines données ?
A étudier

Un instrument de data management

Quelle est la fréquence de collecte ?
≈10% sont recueillies à une fréquence supérieure au mois

Quel est le niveau d'utilité de la variable ? Combien de variables sont critiques pour assurer la finalité du recueil ?
23% des variables médicales sont critiques

Quel coût de collecte de chaque donnée ?
Difficile à dire
→ Etude de coût multicentrique à réaliser

Combien d'établissements collectent cette donnée ?
75% des variables du PMSI sont produites dans plus de 90% des séjours hospitaliers

Un instrument de mesure de la performance du système d'information

Quelles variables devraient être normalisées en priorité ?
Les variables en lien avec la consommation de médicaments

ATIH

9

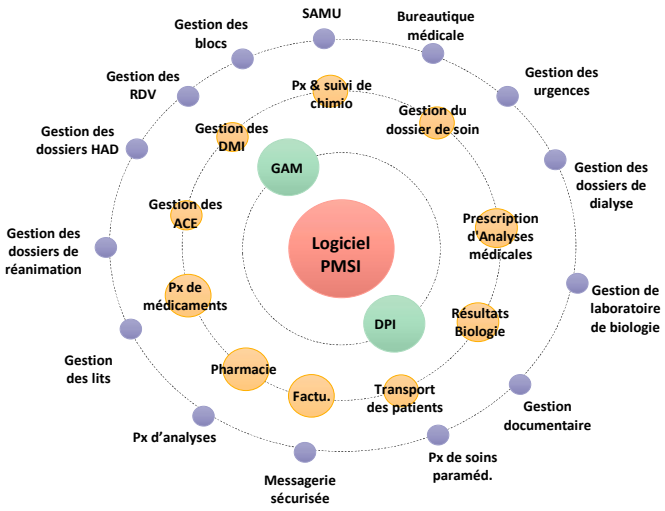
2

L'interopérabilité des SIH en France : induction d'une problématique par l'exploration des modes de production d'un Fichcomp

ATIH

L'interopérabilisation d'éditeurs libres : un problème économique

27 ilots fonctionnels mobilisés pour la production de l'ensemble des fichiers PMSI



Fichiers PMSI à produire	Nombre de logiciels mobilisés	Écartype de Nombre de logiciels mobilisés
FICHCOMP (.csv) MRC	2,7	2,2
FICHCOMP DMI	3,1	1,9
FICHCOMP Isolement	2,4	1,7
FICHCOMP IVG	1,8	1,4
FICHCOMP Médicaments	3,8	2,5
FICHCOMP Prélèvements d'organes	1,7	1,3
FICHCOMP Prestations inter-établissements	2,2	1,9
FICHCOMP temps partiel	1,8	0,9
FICHCOMP transports	2,1	1,7
FICHSUP PCR TAG	2,1	1,5
FICHSUP Primo-prescription de chimiothérapie orale	1,6	1,7
FICHSUP RIHN / LC	1,5	1,3
FICHSUP SMUR	1,1	1,4
FICHSUP Vaccination COVID	0,7	0,7
Variable RAAC dans RSS	2,8	1,4
Moyenne	**2,2**	**1,9**

Source : enquête ATIH 2022 sur les modes de production des fichiers PMSI, 454 services pour 101 établissements répondants

ATIH

Format MCO 2025

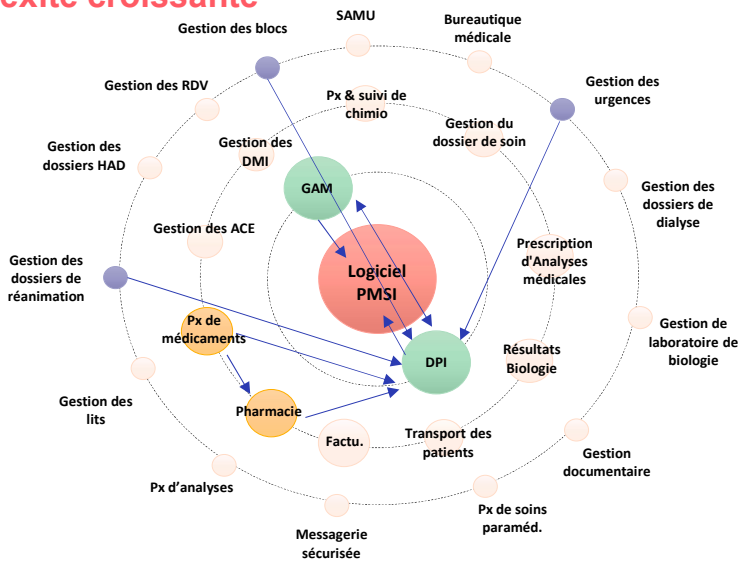
Fichcomp AAP-AAC-CPC

Libellé	Type de données	Précision (type de données)	Caractère obligatoire	Cadrage/ Remplissage	Modalités
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	A	Référentiel FINESS e-PMSI (Plage)	O	NA/NA	
Type de prestation	A	Valeur fixe	O	NA/NA	09
Numéro administratif local de séjour	A*		O	Gauche/Espace	
Date d'administration	Date	JJMMAAAA	O	NA/NA	
Code UCD	A*	UCD inscrits sur la liste accès précoce ou accès compassionnel	O	Gauche/Espace	Préférer l'utilisation d'un code UCD sur 13 caractères plutôt que 7
Nombre administré éventuellement fractionnaire (7+3)	N	7+3 (3 décimales)	O	Droite/Zéro	Pour une dose mettre "0000001000"
Prix d'achat multiplié par le nombre administré (7+3)	N	7+3 (3 décimales)	O	Droite/Zéro	Prix en euros (en milième d'euros exemple pour 10 € mettre "0000010000")
Validation initiale de la prescription par un centre de référence ou de compétence	A*	Liste	C	Gauche/Espace	1 : Oui, 2 : Non
Indication	A	Code indication accès précoce ou accès compassionnel	O	NA/NA	Lettre "I", "N" ou "C" puis 6 caractères alphanumériques
Filler	A*		F	Gauche/Espace	

ATIH

L'interopérabilisation de logiciels non intégrés

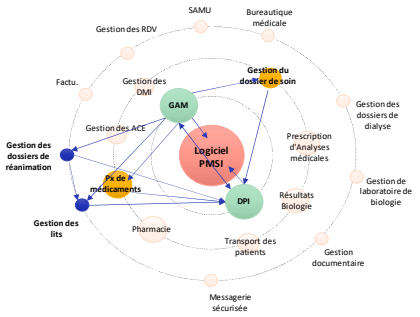
La transformation technique des modes de production des données apparaît coûteuse *a priori*, lourde à maintenir et de complexité croissante



ATIH

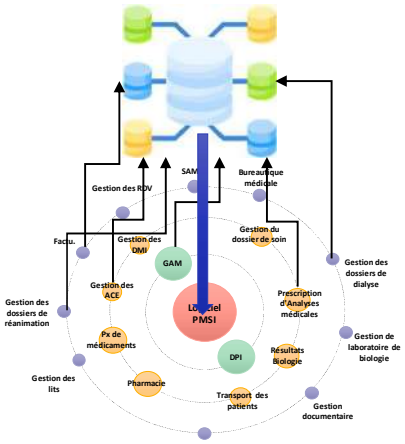
Bilan des stratégies actuelles

S1 : Normalisation des échanges de données au sein des logiciels



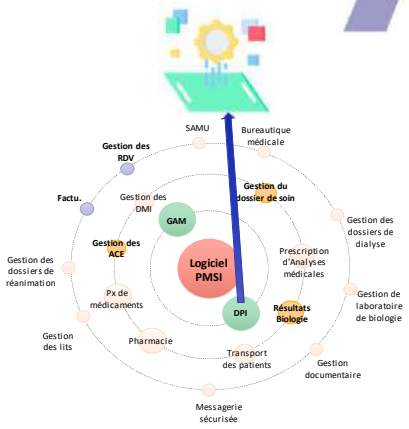
+	• Maintient l'activité économique des éditeurs • Limite la charge de l'Etat
-	• Ne traite pas l'entropie structurelle des SIH • Identification des variables à normaliser dans le cadre contraint (arbitrages réalisés par les éditeurs) et long du CI-SIS • La charge financière de développement des patchs, évolutions, API/connecteurs et abonnement aux référentiels payants est principalement portée par les établissements de santé (hors financements étatiques)

S2 : Import massif de données dans les EDS pour mise en forme



+	• Maintient l'activité économique des éditeurs • Limite la charge de l'Etat • Permet la concentration de données structurées exploitables depuis les EDS pour extraire les fichiers demandés
-	• Ne traite pas l'entropie structurelle des SIH • Coûts de déploiement et de maintenance des EDS à la charge des ES (hors financements) • Peu de synergie EDS pilotage / EDS recherche • Technicité importante limitant la capacité de généralisation de la technologie

S3: Développement d'outils d'interface et référencement de DPI



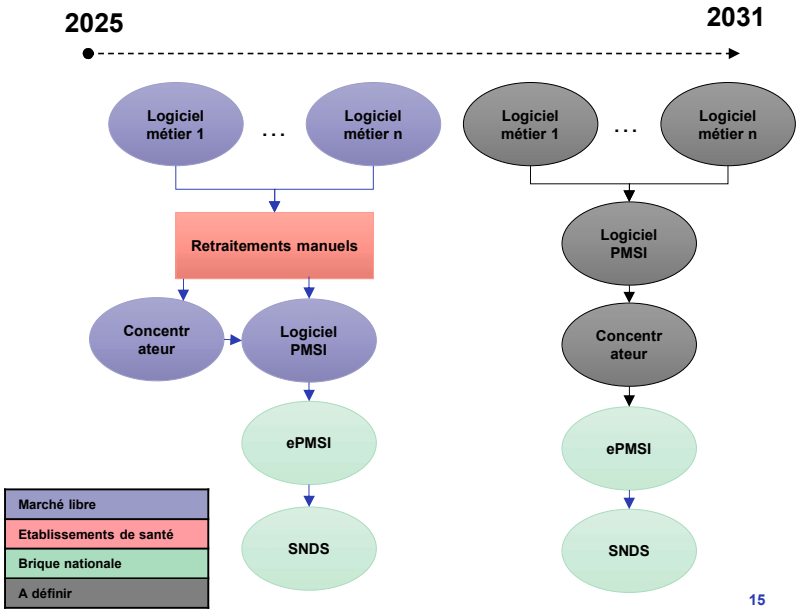
+	• Permet la transmission de **documents** des différents logiciels depuis le DPI vers la PFI • Maintient l'activité économique des éditeurs
-	• Ne traite pas l'entropie structurelle des SIH • Ne permet pas la transmission de données structurées • La charge financière de développement des patchs, évolutions, API/connecteurs et abonnement aux référentiels payants est principalement portée par les établissements de santé (hors financements étatiques)

Problématique de la stratégie nationale sur l'interopérabilité

Les stratégies actuelles ne traitent pas la question de l'entropie structurelle des SIH

Synthèse

- Les enjeux financiers et les ambitions sur les données deviennent trop importants pour maintenir la structure actuelle des SIH.
- Un questionnement au niveau national portant sur les premières briques de la chaîne de valeur du processus de production de la donnée devrait être réalisé, avec pour objectif de réduire l'entropie structurelle **à l'origine de la chaîne**.
- L'échéance de 2031 a été proposée pour mettre en œuvre un nouveau système de recueil des données de santé.
- Dans ce cadre, un projet pilote est en cours de mise en œuvre pour étudier les scénarii de transformation.



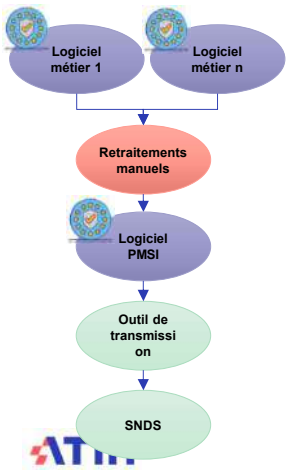
ATIH

15

Quatre stratégies possibles

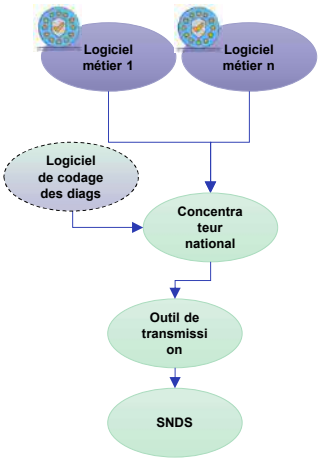
Stratégie 1 : continuité + contrainte

- Socle commun de spécifications obligatoire pour tous les logiciels du DP (type CI-SIS)
- Extension des critères de labellisation des éditeurs à la production des données



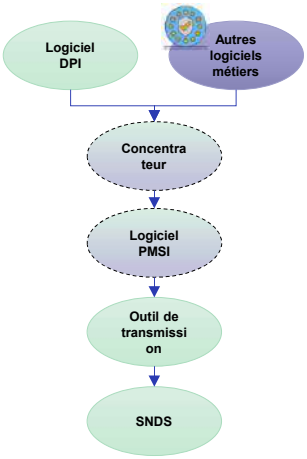
Stratégie 2 : Intégration partielle

- Développement d'un concentrateur national des données de santé (CNDS) issues des logiciels métiers
- Reste la fonction codage des diagnostics (cf. brique IA)
- **+/- Stratégie 1**



Stratégie 3 : Intégration à la source

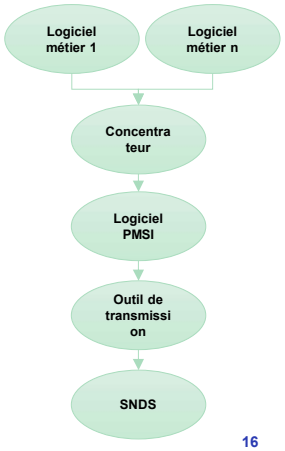
- Extinction du marché libre des éditeurs de DPI en 2031
- Mise en œuvre d'un oligopole (deux ou trois acteurs) mis en concurrence avec un cahier des charges fixé par la DNS
- **+/- stratégie 1**
- **+/- stratégie 2**



Marché libre
Etablissements de santé
Brique nationale

Stratégie 4: Intégration sur l'ensemble de la chaîne de valeur

- Nationalisation de l'ensemble des briques logicielles sur l'ensemble de la chaîne de valeur



ATIH

16

3

LE DÉFI DU DÉPLOIEMENT D'UNE PLATEFORME NATIONALE UTILISANT L'IA POUR LE CODAGE DES DIAGNOSTICS

Collège des médecins DIM de CHU pour les CHU

Inria

ATIH Nos données au service de la Santé

ATIH

Problématique stratégique vis-à-vis de l'IA

Quelles contraintes pour les outils d'aide au codage des diagnostics utilisant l'IA?

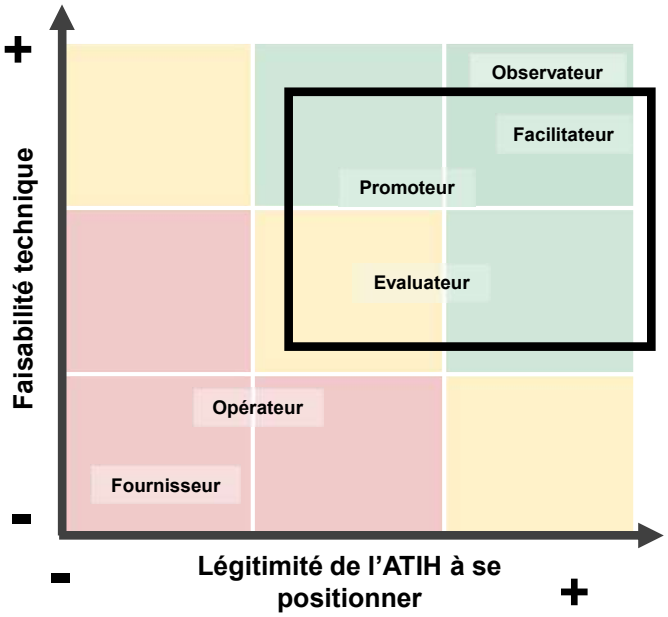
Pertinence	•La solution doit être en cohérence avec les enjeux nationaux : simplifier le processus de collecte, diminuer le temps médical, déployer la CIM-11
Légalité	Le traitement des données sources pour le développement de l'algorithme doit respecter les contraintes RGPD et de l'IA Act notamment
Conformité	Aux règles de production de l'information médicale
Coût-Efficacité	La contrainte de légalité réduit la capacité des acteurs privés à mutualiser les données pour entraîner un algorithme ou à mutualiser un algorithme pré-entraîné. La performance observée des solutions actuelles est faible.
Equité	Le coût des solutions doit permettre de garantir un accès à l'innovation à l'ensemble des établissements de santé du territoire

ATIH

18

Place de l'ATIH

Quel(s) rôle(s) l'ATIH peut-elle jouer dans les démarches liées à l'IA pour le codage ?



Rôle	Description
Observateur	• L'ATIH laisse le marché s'adapter et observe le jeu de la concurrence faire son effet pour proposer la meilleure solution
Facilitateur	• **L'ATIH produit des briques élémentaires facilitant le développement d'algorithmes par les éditeurs (ex : un outil numérique avec des cas concrets expliquant les règles de codage)**
Promoteur	• **L'ATIH coordonne l'élaboration du cahier des charges en facilitant la communication et la collaboration entre les utilisateurs, les établissements de santé et les éditeurs**
Evaluateur	• **L'ATIH développe une méthodologie d'évaluation de la performance des modèles et certifie selon des critères définis le ou les solutions développées**
Fournisseur	• L'ATIH fournit un modèle algorithmique permettant l'automatisation des codages et maintient l'algorithme (hors software)
Opérateur	• L'ATIH propose une solution sécurisée d'hébergement et de maintenance de solutions algorithmiques (incluant software)

NB : Les rôles ne sont pas exclusifs

19

Problématique stratégique vis-à-vis de l'IA

Diagnostic et ambition

Multiples contraintes pour atteindre l'objectif de réduction de la charge

Pertinence	Légalité	Conformité	Efficacité	Equité

Sous-optimalité actuelle du marché

Pas d'intégration de la CIM-11	Contraintes juridiques indépassables	Coûts-efficacité des solutions actuelles relativement faible

Mutualiser les ressources pour la finalité d'intérêt général permet de déployer un système coût-efficace pour l'ensemble des établissements

Pertinence

ATIH

20

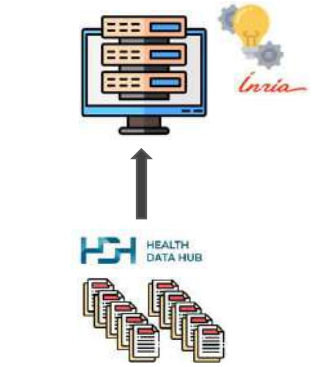
Structure générale du projet

Phase 1 : Apprentissage primaire

Apprentissage
Test
Validation

Sur CRH synthétiques

A T V



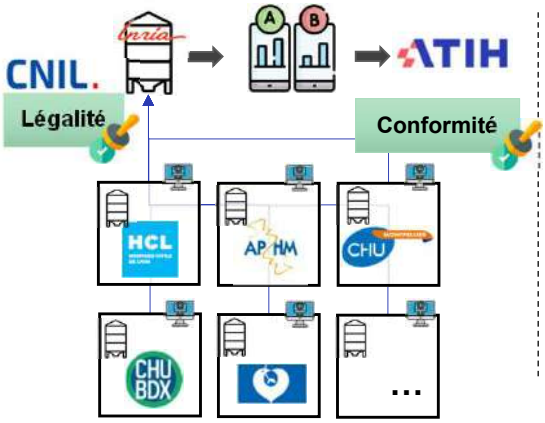
Efficacité

Phase 2 : *fine tuning*

Apprentissage
Test
Validation

mutualisé

A T V



Phase 3 : déploiement

Modélisation éco.
Hébergement
Maintenance

Equité

M H M

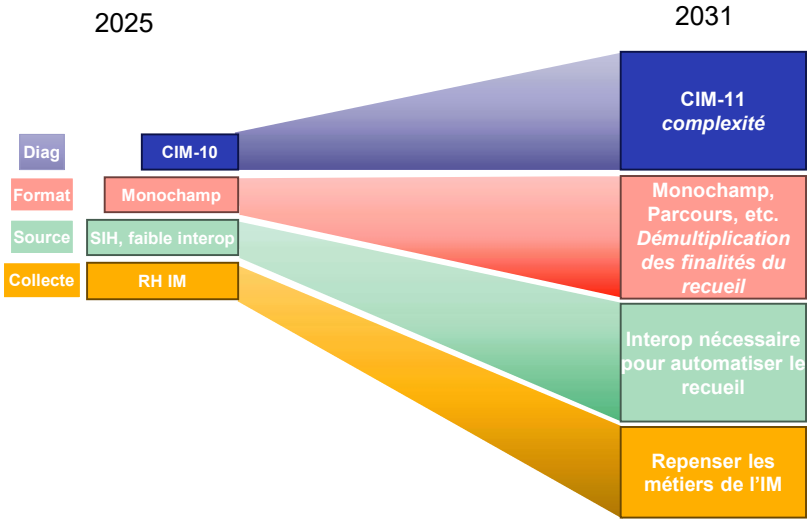
ATIH

21

En conclusion

ATIH

CIM-11 + Recueil au parcours

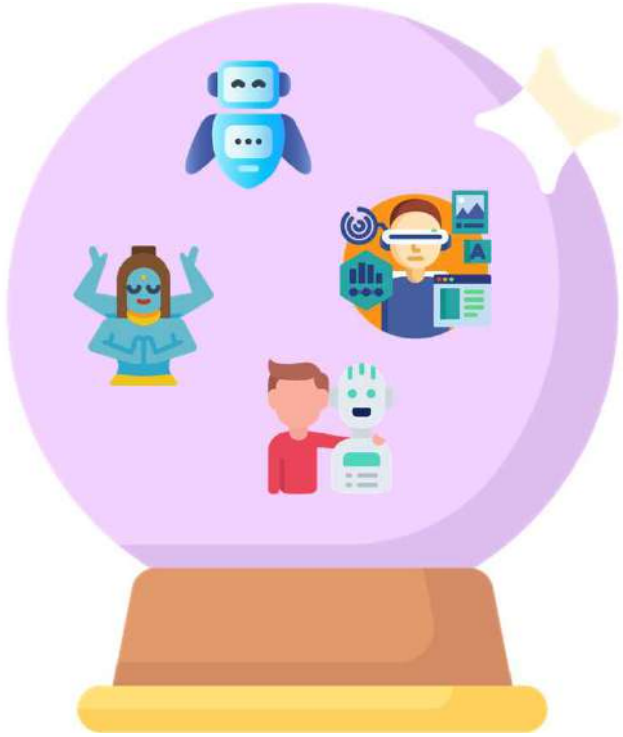


Risques importants sur les systèmes actuels : recrutements, formation, SI, etc.

ATIH

23

Le futur des métiers de l'IM



ATIH

24

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

117, bd Marius Vivier Merle 69329 Lyon cedex 03
Téléphone : 04 37 91 33 10
Fax : 04 37 91 33 67

www.atih.sante.fr

ATIH