

COMITÉ TECHNIQUE SMR Activité

Compte-rendu de réunion

Date : 15 AVRIL 2026

Heure : 14h00-16h30

PARTICIPANTS

FEHAP : • J.-P. HELYE • M. PANZU FHF : • P. METRAL • D. NIDEGGER • I. HORRER • N. de HESSELLE • A. LIPARO UNICANCER : • Excusés FHP-SMR : • N. COCAGNE Croix Rouge Française • V. NOEL • D. SARCHER	UGECAM : • Excusés FILIERIS : K. RASIDY SOFIME : • A.-S. LOT DREES : • L. DELORT CNAM : • Excusés DGOS : • C. LEPORTOIS • C. MARTIN DSS : • M. CASTELNAU	ATIH : • J. DUBOIS • N. DAPZOL • C. PIEROBON • C.-F. ELEGBEDE • R. SCHWOB • P. BLAVIER • P. LEBLANC • G. NUEMI TCHATCHOUANG
---	---	--

Accueil des participants par l'ATIH, présentation de l'ordre du jour.

Information médicale :

- Télé-réadaptation : point d'étape
- Codage CSAR : suivi de la montée en charge et qualité du codage
- Activités d'expertise : estimation du codage et travaux prévus en 2026

Classification :

- Modèle cible CSAR :
 - Caractéristiques du modèle cible et seuils des GR
 - Impact du modèle cible
- Sévérités :
 - Suite des travaux et de l'expérimentation

Calendrier général 2026-2027

Ce compte-rendu ne retrace pas l'intégralité des éléments présentés ; ces derniers doivent être consultés dans le diaporama. Seuls les principaux éléments de la présentation et de la discussion sont retranscrits.

Information médicale

1. TELE-READAPTATION : POINT D'ETAPE

L'ATIH mentionne le fait qu'un cahier des charges est toujours en cours d'élaboration et qu'il n'est conséquemment pas prévu d'impact sur le recueil pour l'année 2027.

La DGOS précise les différents points encore à arbitrer concernant ce cahier des charges, notamment sur la considération juridique de ces prises en charge ainsi que sur leur mode de financement (en particulier en cardiologie).

La FHF signale des points de vigilance concernant les actes CSAR d'autosoin, qui pourraient être considérés comme de la téléreadaptation asynchrone, ainsi que la nécessité de réaliser des actes d'apprentissage à l'auto-readaptation en vue d'une prise en charge asynchrone. Elle demande également un cadrage plus précis concernant le cahier des charges des Hôpitaux de jour (HdJ) en SMR.

2. CODAGE CSAR : SUIVI DE LA MONTEE EN CHARGE ET QUALITE DU CODAGE

L'ATIH présente une actualisation des chiffres concernant le nombre d'établissements utilisant le CSAR, le nombre d'actes CSAR codés au niveau national et leur proportion parmi l'ensemble des actes de réadaptation (CSAR + CSARR), ainsi que le ratio par établissement du codage en CSAR parmi l'ensemble des actes de réadaptation. Une analyse de la qualité du codage, notamment axée sur le respect de la liste indicative d'intervenants attendus par acte.

La FEHAP s'interroge sur le profil des établissements ayant le plus grand nombre d'actes CSAR codés en termes de secteur, de volume d'activité et diversité des actes codés. L'ATIH n'a pas étudié précisément cette question, les deux secteurs (ex-DG et ex-OQN) sont représentés.

La FHF signale que le codage d'actes CSAR par des intervenants non attendus n'est pas nécessairement un signe de non-qualité. Les établissements peuvent souhaiter recueillir cette activité pour des raisons internes (identifier l'activité de certains professionnels, ...) à titre documentaire, comme d'autres variables du PMSI (diagnostic documentaire). L'ATIH précise qu'effectivement, le codage d'un acte par un intervenant non attendu sera possible également dans le modèle cible CSAR. La FHF demande s'il serait possible d'avoir la liste des actes non attendus par intervenants codés hors listes, elle suggère aussi d'avoir une vigilance particulière pour les établissements participant à l'ENC et codant en CSAR.

La SOFIME propose de regarder l'évolution des volumes CSARR vs CSAR (au global, par CM, par GN) au sein d'un même établissement ou groupes d'établissements comparables.

L'ATIH interroge les fédérations sur la mise à jour des logiciels par les Editeurs pour permettre, en 2026, le codage du CSARR ou du CSAR et de façon générale sur le déploiement de l'utilisation du CSAR dans les établissements.

La FHP-SMR signale que les problèmes avec les éditeurs persistent et qu'il est difficile d'envisager une utilisation du CSAR avant l'été 2026.

FILIERIS va tester sur un établissement le nouveau CSAR, va mettre en place des formations à destination des équipes et prévoit en parallèle la révision des thésaurus.

La FEHAP indique que ce sont surtout les professionnels qui font des actes individuels qui codent le nouveau CSAR.

3. ACTIVITES D'EXPERTISE : ESTIMATION DU CODAGE ET TRAVAUX PREVUS EN 2026

L'ATIH présente les premiers résultats de ses travaux concernant l'analyse du codage des activités d'expertise. Les résultats du volume de codage sont présentés par secteur d'activité ainsi que par type d'activité d'expertise, avec le taux d'évolution de codage d'une année sur l'autre. L'analyse qualitative reste à mener et sera présentée lors du prochain CT.

La SOFIME demande si l'analyse qualitative ne se fera que sur l'année 2025, l'année 2024 étant la première année de codage des variables d'activité d'expertise, et si les séjours d'HdJ seront analysés aussi. L'ATIH précise qu'à l'heure actuelle, seuls les séjours d'hospitalisation complète seront analysés et que l'année 2024 le sera également, en considérant de possibles biais.

La FEHAP signale qu'un établissement codant une activité d'expertise pour lequel il n'a pas d'autorisation ne fait pas l'objet d'une alerte dans Ovalide. Ce point est à rediscuter en interne à l'ATIH.

Classification

MODELE CIBLE CSAR

1. CARACTERISTIQUES DU MODELE CIBLE ET SEUILS DES GR

L'ATIH rappelle le calendrier de mise en œuvre du modèle cible CSAR.

L'utilisation du CSAR en tant que nomenclature exclusive, intégrant des caractéristiques issues du transcodage, est prévue à compter de janvier 2027.

L'entrée en vigueur du modèle cible est envisagée pour janvier 2028 ; cette échéance reste toutefois probable et non encore arbitrée.

L'ATIH présente la méthodologie générale de développement des caractéristiques du modèle cible CSAR. Les analyses reposent sur des données issues du PMSI et de l'ENC SMR 2024, préalablement transcodées en CSAR. Les travaux menés en interne par l'ATIH ont été discutés et accompagnés dans le cadre du GT CSAR et du COSUI.

Pondérations des actes individuels

L'ATIH présente les pondérations du modèle cible, élaborées avec l'appui du GT CSAR.

Le modèle cible prévoit 87 actes à pondération unique, 21 actes à pondération différenciée et 38 actes éligibles au modulateur de temps.

Les simulations mettent en évidence une légère augmentation de la pondération moyenne par acte au niveau global lors du passage du CSARR au CSAR. Cette évolution est observée pour l'ensemble des catégories majeures, à l'exception de la CM 19.

La FHF demande si les médianes utilisées pour nos travaux sont des médianes brutes ou médianes redressées, si les actes individuels non dédiés sont pris en compte et invite à ne pas trop simplifier le modèle. L'ATIH précise que seules des médianes brutes ont été utilisées, en restant vigilants à la cohérence des résultats.

L'ATIH interroge les membres du CT sur la pertinence de travailler sur la modulation de la pondération de certains actes selon les GN. En effet, l'ATIH a observé que certains actes ont une durée plus longue dans certains GN.

Suite aux travaux en GT, une proposition d'élargir la liste des actes avec modulateur de temps est remontée. La FEHAP n'y est pas favorable en l'absence de contrôle sur la bonne utilisation de ce modulateur.

Pondérations des actes collectifs

L'ATIH présente les travaux conduits sur les pondérations des actes collectifs.

En l'absence de consensus lors du CT de décembre 2025 sur la proposition visant à pondérer de manière identique les actes collectifs et les actes individuels, l'ATIH propose d'inscrire la définition des pondérations collectives dans trois principes structurants :

- Des pondérations collectives reflétant la charge économique (temps d'intervention) ;
- Des pondérations collectives minimales, afin de ne pas décourager les pratiques de prise en charge collective ni le codage ;
- Des règles simples et lisibles pour tous les actes collectifs.

Les pondérations collectives seront calculées comme le rapport entre la médiane du temps de séance observé dans l'ENC et la médiane du nombre de patients recueilli par l'ENC.

Une pondération minimale de 10 sera appliquée aux actes dont la pondération collective calculée est inférieure à ce seuil.

Les mêmes règles s'appliqueront aux actes avec ou sans modulateur de temps.

La FHP s'interroge sur les distributions retenues et sur l'analyse de la stabilité dans le temps des ratios, soulignant qu'une forte variabilité interannuelle peut être observée. Elle rappelle par ailleurs que les actes collectifs présentent un intérêt avéré pour la prise en charge des patients, comme l'ont montré plusieurs méta-analyses.

L'ATIH précise qu'un suivi des pondérations sera mis en place et que des ajustements pourront être apportés en cas de variabilité importante observée au fil du temps.

La FEHAP propose un système de contrôle sur ce qui est réalisé par rapport à ce qui est attendu : la proposition serait de rester sur une pondération identique pour un acte CSAR qu'il soit réalisé en individuel ou en collectif et d'y associer un contrôle de l'usage de la modalité collective.

Ce contrôle consisterait en une modulation à la baisse de la valorisation du GMT obtenu si le taux d'actes collectifs du séjour en HC ou du RHS en HTP dépasse la borne haute d'un intervalle centré sur la médiane du taux d'actes collectifs, et comportant 50% des séjours en HC ou des RHS en HP de GME identique ; intervalle calculé sur la base nationale.

Cette nouvelle proposition nécessite d'être discutée lors d'une prochaine réunion du GT CSAR.

Les fédérations s'inquiètent des impacts des nouvelles pondérations des actes individuels, mais surtout des actes collectifs sur l'orientation des séjours dans les différents GR compte tenu des seuils actuellement retenus.

Dans la dernière partie de sa présentation sur les seuils des GR, l'ATIH montre que la révision des seuils qui a été opérée permet de garantir une stabilité des case mix.

Listes des actes spécialisés

L'ATIH présente les listes des actes spécialisés du modèle cible CSAR. Le pourcentage d'actes spécialisés par liste reste équivalent entre CSARR et CSAR.

Seuils des GR

L'ATIH présente les seuils retenus pour le modèle cible CSAR en hospitalisation complète et en hospitalisation à temps partiel. Elle précise que ces travaux ont été conduits dans l'objectif d'assurer à la fois la stabilité de la répartition des volumes de séjours entre les GR et la stabilité des caractéristiques des séjours (durée moyenne de séjour, part des UM spécialisées, âge) par groupe nosologique et par catégorie majeure.

Les seuils définis dans le modèle cible sont, en moyenne, inférieurs aux seuils actuellement en vigueur, tant en HC qu'en HTP.

Les fichiers de pondération des actes individuels et collectifs, la liste des actes spécialisés, ainsi que les seuils en HC et en HTP seront diffusés à l'ensemble du CT à l'issue du comité.

Enfin, l'ATIH indique qu'un suivi des caractéristiques du modèle cible sera mis en place. Ces caractéristiques pourront être ajustées soit lors de la phase de codage exclusif en CSAR en 2027 soit lors de la mise en œuvre du modèle cible.

Ces éléments sont dits rassurants. Il est demandé que soit réalisées des simulations sur des établissements ayant d'ores et déjà recours au CSAR.

2. IMPACT DU MODELE CIBLE

L'ATIH présente l'impact du modèle cible CSAR en HC et HTP.

Les bases PMSI 2024 ont été transcodées en CSAR en appliquant les caractéristiques du modèle cible.

Que ce soit en hospitalisation complète ou en hospitalisation à temps partiel, aucune modification majeure de la répartition des séjours par groupe de réadaptation n'est observée, tant au niveau global qu'au niveau des CM.

Sur demande des fédérations les simulations d'impact par CM et GN seront transmises à l'ensemble du CT à l'issue du comité.

La FHF salue le caractère rassurant de ces simulations.

La SOFIME demande s'il a été envisagé de créer de nouveaux groupes de réadaptation, notamment pour l'HTP. A l'heure actuelle, de telles modifications ne sont pas prévues mais pourront être rediscutées ultérieurement, une fois le modèle cible finalisé.

SEVERITES : SUITE DES TRAVAUX ET DE L'EXPERIMENTATION

La FHF signale des difficultés pour décrire certaines situations de fragilité ou précarité sociales avec les codes CIM10 des facteurs socio-environnementaux d'aujourd'hui.

La FHF demande si les différents retours reçus par l'ATIH (sur les niveaux donnés aux diagnostics par exemple) pourront être partagés entre participants du groupe de travail qui va être mis en place. De même, sera-t-il possible de partager les raisonnements qui ont amené l'ATIH à attribuer tel ou tel niveau à un diagnostic.

L'ATIH confirme que le GT qui va être réuni en juillet sera le lieu de discussion de ces éléments (utilisation des codes CIM10 de FSE, échanges sur les niveaux des diagnostics). Les questions reçues par l'ATIH pour ajuster le modèle seront transmises en amont. Les résultats des travaux d'application du modèle sur des bases de données récentes seront présentés.

L'ATIH propose de réaliser un webinaire à destination des équipes DIM des établissements consacré au rappel général du projet en 2027.

Calendrier général 2026-2027

L'ATIH présente le calendrier global des travaux relatifs au modèle cible CSAR et aux nouvelles modalités de sévérité. Une mise en œuvre concomitante de ces deux évolutions permettrait de limiter le nombre de transitions.