



Nos données  
au service  
de la Santé

# COMITÉ TECHNIQUE SMR

24 juin 2026

# Ordre du jour



## Information médicale :

- **Codage CSAR :**
  - Suivi de la montée en charge et qualité du codage
  - Gestion de la transition CSARR → CSAR
- **Activités d'expertise : estimation du codage et travaux prévus en 2026**
- **PTS externalisés**
- **Prochain GT**

## Classification :

- **CSAR : caractéristiques du modèle cible**
- **Sévérités : mise à jour des modèles**
- **Calendrier général de mise en œuvre**

# INFORMATION MÉDICALE

1. Codage CSAR
2. Activités d'expertise
3. PTS externalisés
4. Prochain GT

# INFORMATION MÉDICALE

1. Codage CSAR
2. Activités d'expertise
3. PTS externalisés
4. Prochain GT

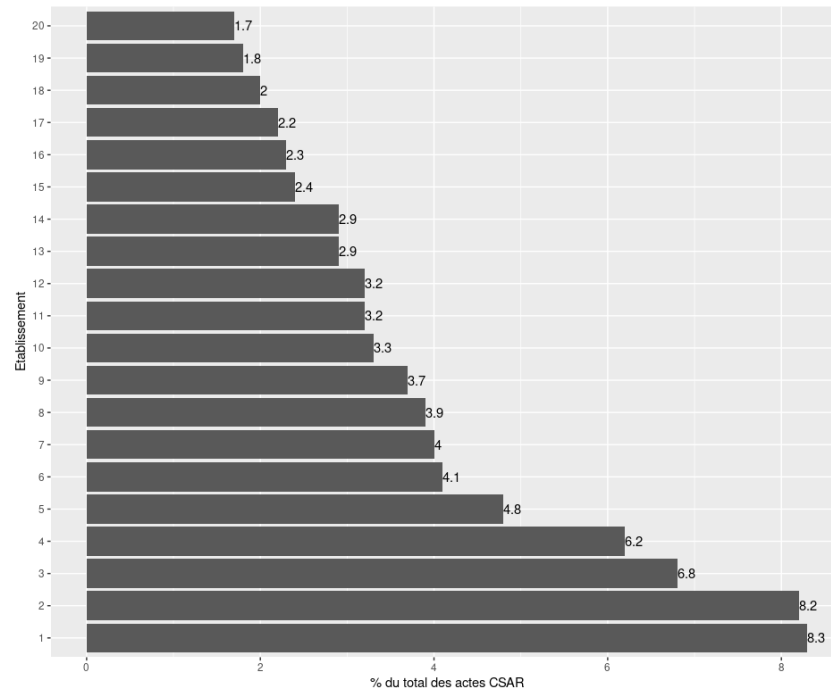


# CSAR – Analyse quantitative du codage

## Un nombre croissant d'ES :

| Variable    | 2025 (M4-M12) | 2026 (M1-M4) |
|-------------|---------------|--------------|
| Nb. d'ES    | 43            | 81           |
| Actes CSARR | ~85M          | ~30M         |
| Actes CSAR  | 13 873        | 384 157      |
| Nb. Sej HC  | 4049          | 7389         |
| Nb. RHA HP  | 5106          | 14.894       |

**Graphique présentant la proportion d'actes CSAR totaux codés pour les 20 établissements ayant le plus grand volume d'actes CSAR**  
**3 ex-OQN, 17 ex-DGF**





# CSAR – Analyse quantitative du codage

## Adoption du codage en CSAR par les établissements, une lente progression

### Progression du nombre d'établissement en transition

| Variable     | 2025 (M4-M12) | 2026 (M1-M4) |
|--------------|---------------|--------------|
| ES 100% CSAR | 3             | 17           |
| ES 50% CSAR  | 4             | 40           |



# Qualité du codage des nouveautés CSAR

## Un respect des consignes de codage

Nombre de RHA avec le même acte codé > 2/j en HTP : 164 RHA d'HTP concernés (1% des RHA)

Nombre de RHA avec le même acte codé > 14 en HC : 0 RHA d'HC concernés

## Codage du modulateur de temps : Une amélioration possible

Modulateur de temps : 193 475 actes codés éligibles

Si non codé (NA) :

- Phase de transition : Pond. NA = Pond. CSARR transcodé
- Modèle cible : Pond. NA = Pond. T0

| NA             | T0             | T1               | T2           | T3           | T4            |
|----------------|----------------|------------------|--------------|--------------|---------------|
| 79536<br>(41%) | 48546<br>(25%) | 55049<br>(28,5%) | 6544<br>(3%) | 2108<br>(1%) | 1692<br>(<1%) |



# Respect des consignes de codage

## Mod. Lieu et Mod. Collective : des erreurs de codage marginales

**Modulateur de lieu :**

**304 actes codés avec un mod. lieu non éligible à ce modulateur**

**Modalité collective :**

**36 actes codés avec une mod. Collective non éligible à cette modalité**

# Intervenants attendus et non attendus

**Faible  
proportion  
d'intervenants  
non attendus  
par acte :**  
**Liste**  
**indicative**  
**respectée**

**12467/384157 (3%)**  
**d'intervenants non**  
**attendus**

| Intervenant                                                              | Non attendu | Attendu | Proportion d'acte attendu par intervenant |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------|---------|-------------------------------------------|
| Animateur                                                                | 6           | 2380    | 100                                       |
| Assistant de service social                                              | 459         | 16736   | 97                                        |
| Autre Professionnel formé à des prises en charge particulières           | 52          | 73      | 58                                        |
| Autre Professionnel intervenant en éducation thérapeutique et prévention | 2           | 0       | 0                                         |
| Autre intervenant                                                        | 1674        | 0       | 0                                         |
| Conseiller en économie sociale et familiale                              | 267         | 0       | 0                                         |
| Dietéticien                                                              | 777         | 11076   | 93                                        |
| Educateur sportif                                                        | 1798        | 488     | 21                                        |
| Educateur spécialisé                                                     | 1612        | 4447    | 73                                        |
| Enseignant en activité physique adaptée                                  | 2167        | 88450   | 98                                        |
| Ergothérapeute                                                           | 782         | 53256   | 99                                        |
| Infirmier                                                                | 1388        | 13308   | 91                                        |
| Masseur-kinésithérapeute                                                 | 553         | 145880  | 100                                       |
| Moniteur d'autoécole                                                     | 7           | 13      | 65                                        |
| Médecin                                                                  | 164         | 8010    | 98                                        |
| Neuropsychologue                                                         | 101         | 5541    | 98                                        |
| Orthophoniste                                                            | 103         | 7327    | 99                                        |
| Orthoprothésiste                                                         | 0           | 419     | 100                                       |
| Orthoptiste                                                              | 1           | 650     | 100                                       |
| Podoorthésiste                                                           | 84          | 76      | 48                                        |
| Psychologue                                                              | 23          | 5083    | 100                                       |
| Psychomotricien                                                          | 408         | 8364    | 95                                        |
| Psychotechnicien                                                         | 7           | 0       | 0                                         |
| Socio-esthéticien                                                        | 32          | 113     | 78                                        |



# Conclusion et suites

## Synthèse

- Progression du nombre d'établissements utilisant le CSAR depuis 2026
- Une minorité d'ES a totalement transitionné vers le CSAR
- Une qualité du codage très satisfaisante
- Liste des actes attendus par intervenant globalement respectée

## Suites

- Évolutions de nomenclature à arbitrer en COSUI (liste d'intervenants attendus par acte)
- Suivi mensuel de la montée en charge
- Réponses aux questions des utilisateurs



## Le CSAR comme seule nomenclature

Réunion éditeurs le 11/06/2026, aucun n'a mentionné ne pas fournir d'outil d'ici 2027.

1 seul prêt à la fin de l'année (les autres déjà prêts ou en cours d'implémentation).

En pratique, encore un faible nombre d'établissements ayant (totalement) effectué la transition

Inquiétudes remontées de la part des fédérations

→ Quelle interprétation ?



## Le CSAR en 2027

**Sujet suivi avec attention (analyses des remontées mensuelles)**

**→ Nouvel état des lieux de la montée en charge en septembre**

# INFORMATION MÉDICALE

1. Codage CSAR
- 2. Activités d'expertise**
3. PTS externalisés
4. Prochain GT



## Objectif des travaux à mener

Enrichir le recueil actuel avec la description d'une (ou de plusieurs) **AE** exercée (s) par l'équipe pluridisciplinaire en charge du patient pendant le séjour de ce dernier.

Ceci afin de :

- Mieux **résumer cliniquement** les AE réalisées dans les séjours: Circonstances, les prises en charges
- Améliorer le **repérage via le PMSI** de ces AE (⇒ Améliorer le calcul des surcoûts générés).

Cela nécessite d'analyser le recueil actuel afin de corréler le codage des variables d'activité d'expertise à des marqueurs spécifiques de prise en charge, au sens PMSI



# Phase d'analyse du recueil

## Périmètre

- Séjours d'hospitalisations complètes (HC)
- Années: 2024 - 2025.

## Objectifs

- Description du recueil: Volumétrie et pratique de codage
- Analyse de la conformité du recueil (guide méthodo et cahiers des charges)
- Identification des marqueurs spécifiques (par AE)

Point d'étape en juin 2026



# Méthode d'analyse de la qualité du recueil de l'AE

➡ Évaluation de la cohérence du recueil des AE sur 2 niveaux:

## Niveau global

Il s'agit d'une analyse critique du cadre de l'exercice des AE tel qu'il ressort de la description PMSI, en lien avec à la fois les cahiers des charges et le guide méthodologique SMR, concernant principalement:

- 1) *L'exercice de l'AE dans le contexte d'au moins une mention de spécialité attendue*
- 2) *L'amplitude du recueil de l'AE, autrement dit, la description est-il au séjour (tous les RHA du SRHA) ou au RHA (quelques RHA du SRHA)*
- 3) *~~L'exercice de l'AE après une contractualisation avec l'ARS.~~*

## Niveau spécifique

Pour une AE critérée (au sens du PMSI: code diagnostic, GME, etc.), il s'agit de vérifier que lesdits critères sont bien présents dans le recueil (*Exemple: Obésité complexe, Amputés, etc.*).



## Suite des travaux – A discuter en GT IM

1. Poursuivre l'analyse **qualitative** du recueil disponible
2. Affiner les marqueurs spécifiques de prises en charge, expliquant le codage des variables d'AE  
*(groupe 1 et 2)*
3. Mettre en évidence des marqueurs spécifiques de prises en charge, expliquant le codage des variables d'AE *(groupe 3)*

→ Proposition de faire un GT IM à la rentrée

# INFORMATION MÉDICALE

1. Codage CSAR
2. Activités d'expertise
- 3. PTS externalisés**
4. Prochain GT



## PTS externalisés - Rappel

### Liste des modulateurs de technicité:

- QM** Réalisation de l'acte sur un plateau technique spécialisé, Balnéothérapie
- QS** Réalisation de l'acte sur un plateau technique spécialisé, Rééducation assistée du membre supérieur
- QF** Réalisation de l'acte sur un plateau technique spécialisé, Rééducation intensive des membres inférieurs
- QI** Réalisation de l'acte sur un plateau technique spécialisé, Isocinétisme
- QC** Réalisation de l'acte sur un plateau technique spécialisé, Simulateur et/ou véhicule adapté pour une rééducation du retour à la conduite
- QQ** Réalisation de l'acte sur un plateau technique spécialisé, Laboratoire d'analyse quantifiée de la marche et du mouvement

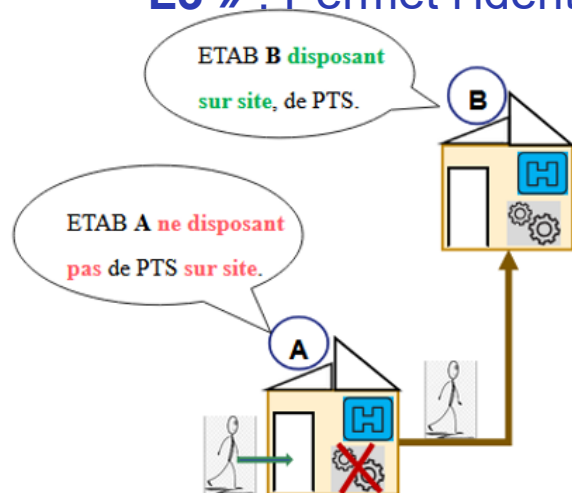


# PTS externalisés – Rappel

Depuis le 1<sup>er</sup> mars 2025 :

**recueil du Modulateur L3** = Acte réalisé dans un autre établissement

→ l'association « **Modulateur de technicité + Modulateur L3** » : Permet l'identification du recours à un PTS externalisé



Suite : intérêt de la Mise en place d'un recueil pour l'ES B?



# PTS externalisés

## Objectifs :

- Quantification de l'usage
- Évaluation des pratiques



# Recours aux PTS

## Un faible recours (ou codage?) des PTS externalisés

Entre mars 2025 et avril 2026 :

- 6628 actes CSARR sur PTS externalisés (< 0,01%)
- 52 actes CSAR sur PTS, codés par 6 établissements

| PTS                        | Nombre d'actes |
|----------------------------|----------------|
| Balnéothérapie QM          | 6185           |
| Analyse de la marche QQ    | 67             |
| Retour à la conduite QC    | 300            |
| Isocinétisme QI            | 18             |
| R. assistée membre sup. QS | 34             |
| R. Assistée membre inf. QF | 24             |



## Codage des PTS externalisés

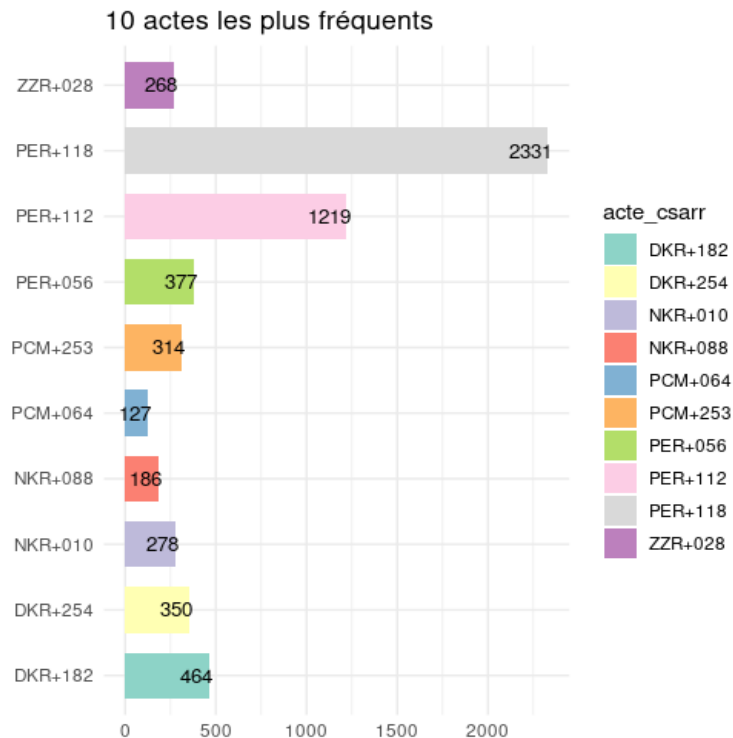
**Un faible nombre d'établissements concernés : 41**

**Un établissement extrêmement majoritaire : 4489/6628 actes (68%)**



# Actes CSARR et CSAR

54 actes de réadaptation différents, principalement de la balnéothérapie





## Conclusions

- Un codage quantitativement faible ( $< 0,01\%$  des actes avec PTS)
- Faible nombre d'établissements concernés (41, dont 5 codant 96% des PTS externalisés)
- Recours principalement à la balnéothérapie (93% des PTS externalisés)

Probable sous-codage ? Erreurs de codage ?

→ Travaux d'analyse à poursuivre en 2026 et 2027

# INFORMATION MÉDICALE

1. Codage CSAR
2. Activités d'expertise
3. PTS externalisés
- 4. Prochain GT**



## Axes de réflexion

**Actes collectifs : Retour du recueil du nombre de patients ?**

- Demande de certains membres du GT
- Demande du CNP MPR
- Critère de qualité de prise en charge collectives
- A l'encontre de la simplification ?

**Axes de simplification du recueil à l'avenir ?**

**Liste des intervenants attendus par actes : retours et échanges sur les pratiques**

**Activités d'expertise**

# CLASSIFICATION :

1. CSAR modèle cible
2. Sévérité : mise à jour des modèles
3. Calendrier général



## CSAR : caractéristiques du modèle cible

- Retour sur les documents par certaines fédérations
  - Analyse interne ATIH des remarques : en cours
- Discussion en GT CSAR en 2027 si besoin + mise à jour selon codage CSAR 2027

## **CLASSIFICATION :**

- 1. CSAR modèle cible**
- 2. Sévérité : mise à jour des modèles**
- 3. Calendrier général**

# Sévérité SMR : mise à jour des paramètres du modèle

## Pourquoi mettre à jour le modèle ?

- Base de données plus récente 2023-2024
- Nouvelle relecture médicale interne : prise en compte des avis externes

## 2 objectifs :

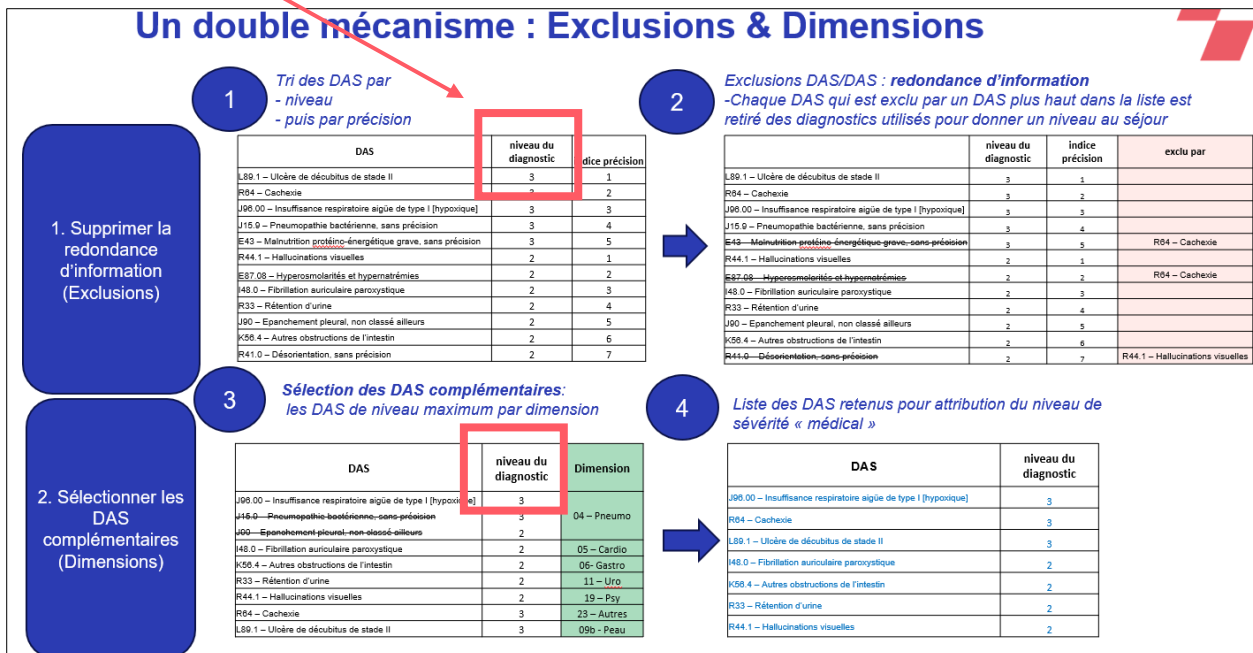
- ☐ Améliorer la lisibilité et la pertinence clinique des niveaux de sévérité
- ☐ Améliorer la discrimination économique des séjours

17000 codes CIM-10  
10 codes CCAM

# Mise à jour des niveaux des diagnostics

Le niveau de sévérité des diagnostics est pris en compte lors de plusieurs étapes du modèle :

## Un double mécanisme : Exclusions & Dimensions





## Mise à jour des niveaux des diagnostics

L'objectif de la mise à jour est d'affecter un des trois niveaux de sévérité aux diagnostics

Des outils sont à notre disposition :

Rationnel clinique

Outils statistiques



Compromis entre rationnel clinique et résultats statistiques

## Les 4 cases des niveaux des diagnostics



GRAVITÉ CLINIQUE ---

GRAVITÉ CLINIQUE +++

Impact  
statistique  
faible

NIV 1

Pathologie pas grave et impact stat  
faible*Exemple : « anomalie de la pigmentation  
cutanée »*

NIV ??

Pathologie grave et impact stat  
faible*Exemple : « arrêt cardiaque réanimé avec  
succès »*Impact  
statistique  
important

NIV ??

Pathologie pas grave et impact stat  
important*Exemple : « affections des dents et des  
gencives »*

NIV 2/3

Pathologie grave et impact stat  
important*Exemple : « escarre de stade IV »*



Pour affecter le niveau de sévérité aux diagnostics, plusieurs principes généraux ont été élaborés :

➤ **Stratégie de privilégier les manifestations à l'étiologie**



- La prise en charge aiguë de la pathologie a été faite en MCO
- La prise en charge en SMR est avant tout impactée par les manifestations de cette pathologie, ses complications et ses séquelles

*Exemple : le niveau de sévérité n'est pas porté par la maladie de Parkinson G20 (NIV1), mais par ses manifestations et ses complications (dysphagie (NIV1), pneumopathie d'inhalation J69.0 (NIV3), démence sévère F02.302 (NIV2), troubles de la marche R26.2 (NIV1), fracture fermée du col S72.-- (NIV2)*

➤ **Stratégie de privilégier les codes précis aux codes imprécis**

➤ **Graduation clinique des pathologies avec ou sans complication**

*Exemple : pour la même pathologie, affectation du niveau plus élevé en présence d'abcès, hémorragie, occlusion etc.*

➤ **Graduation anatomique selon les appareils**

*Exemple : affectation du niveau plus élevé aux pathologies cérébrales plutôt qu'aux pathologies des nerfs périphériques (main)*



# Stratégies de mise à jour particulières

- Des rationnels cliniques ont été utilisés pour développer des stratégies particulières d'affectation des niveaux de sévérités des diagnostics pour certains domaines.

Notamment, on rappelle :

- ☐ La cancérologie
- ☐ Les pathologies infectieuses
- ☐ La traumatologie

# Stratégies particulières : exemple, les cancers

En SMR, la prise en charge du cancer est :

- soit l'affection étiologique et, il est donc pris en compte par le GN
- soit elle est en diagnostic associé significatif, et sa prise en charge aigue a priori été faite en amont, et n'est plus l'objet des soins actifs en SMR hors complications et autres manifestations qui alourdissent la prise en charge

La stratégie actée pour les cancers :

- Privilégier les manifestations et autres complications des tumeurs
- Ainsi, on a fait le choix que les tumeurs, malignes, in situ et d'évolution indéterminée, primitives ou secondaires soient de NIV 1

*Exemple :*

*Tumeur du duodénum non opérée avec envahissement localisé + douleur irréductible chronique + ascite + melaena*

*Tumeur du duodénum NIV 1 + douleur irréductible NIV2 + ascite NIV2 + melaena NIV2 + alimentation parentérale NIV2*



# Stratégies particulières : exemple, les pathologies infectieuses

Après reprise du guide méthodologique et de ses consignes de codage, ainsi que du fascicule des maladies infectieuses 2023, une stratégie « sévérité » a été élaborée.

En SMR, le codage de l'infection en diagnostic associé consiste dans le codage :

- pathologie infectieuse de l'organe : *NIV1 à NIV3*
- agent infectieux en B95-B98 si il n'est pas décrit dans la pathologie d'organe : *NIV1 à NIV 3*
- résistances aux antibiotiques, en situation d'infection U82 : *NIV2*
- sepsis A40 et A41 : *NIV3*
- choc infectieux R57.2 : *NIV3*
- isolement prophylactique Z29 : *NIV3*

*Exemple :*

*Appendicite aiguë avec péritonite localisée à Streptocoque groupe D*

*Appendicite aiguë avec péritonite localisée NIV 2 + infection à Streptocoque groupe D NIV3*



# Stratégies particulières : exemple, la traumatologie

En SMR, on n'attend pas ou très exceptionnellement des traumatismes au cours d'un séjour ; de ce fait, on attribue :

- NIV 1 aux lésions superficielles
- NIV 2 aux plaies ouvertes, fractures fermées, lésion des organes internes, lésions traumatiques des articulations
- NIV 3 aux amputations, écrasements, fractures ouvertes, lésions cerveau-moelle

**Des exceptions à la règle ont été fait si la clinique le justifie**

*Exemple NIV 3 pour les fractures fermées du crâne S02.00 et de la base du crâne S02.10 et du volet costal, fracturé fermée S22.50*



# Autres changements

- **Processus de sélection des DAS utilisés pour déterminer le niveau du séjour :**
  - ☐ La dimension 05 (cardio-vasculaire) a été scindée en 2 : 05a (cardiologie) et 05b (vasculaire)
  - ☐ Ainsi, dorénavant, 2 codes, l'un de cardiologie et l'autre de vasculaire pourront être cumulés dans le processus d'attribution du niveau de séjour
  
- **Effets ajoutés :**
  - ☐ Le code Z51.5 de soins palliatifs est retiré des codes donnant un effet ajouté
  - ☐ Il est dorénavant utilisé avec les autres codes de pathologies et est de niveau 2



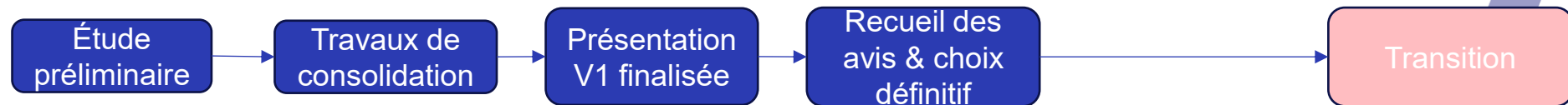
## Résultats de la mise à jour des diagnostics

Après la révision, sur les 17.000 diagnostics CIM10, le niveau de sévérité des diagnostics est :



- Dans la majorité des cas, la relecture a confirmé les niveaux de sévérité, et permet d'affirmer la robustesse du modèle
  - Le modèle reste stable, avec une augmentation importante des niveaux 3
  - Les niveaux restent bien séparés en termes de durées

|           |          | modèle 2025 | modèle 2026 |
|-----------|----------|-------------|-------------|
| % séjours | niveau 1 | 36%         | 37%         |
|           | niveau 2 | 47%         | 37%         |
|           | niveau 3 | 17%         | 26%         |
| DMS       | niveau 1 | 28,8        | 28,8        |
|           | niveau 2 | 39,6        | 38,5        |
|           | niveau 3 | 57,7        | 53,5        |



### Poursuite de l'expérimentation du modèle SMR :

- Base PMSI 2025 scellée
- Mise à jour des outils en intégrant les évolutions du modèle:
  - Casemix sur etransfert
  - Retour au séjour via logiciel dédié
- Questionnaire de satisfaction PMSI : ajout questions sur les documents sévérité
- GT sévérité : 13 octobre

## **CLASSIFICATION :**

- 1. CSAR modèle cible**
- 2. Sévérité : mise à jour des modèles**
- 3. Calendrier général**



# Calendrier général

**Deux chantiers classifications principaux se terminent**

- csar modèle cible
- sévérité : nouveau modèle SMR (3 niveaux)

**Ces deux projets seront mis en œuvre en 2028.**

**Cette mise en œuvre s'accompagnera**

- Des outils d'analyse
- D'un accompagnement pédagogique
- De la réalisation des mesures d'impacts tarifaires et des simulations associées

# Calendrier général classification :

2026

phase de double codage CSARR et CSAR

GT CSAR

expérimentation

GT sévérité

2027

codage exclusivement en CSAR, avec des caractéristiques d'actes issues du transcodage

Actualisation des paramètres du modèle cible en fonction du codage CSAR

GT CSAR

Actualisation du modèle de sévérité en fonction du retour du GT

GT sévérité

2028

Classification v2028

Modèle cible CSAR

Pondérations  
Listes spé  
Seuils  
Intervenants attendus

Sévérité à 3 niveaux

**MERCI POUR VOTRE ATTENTION**