



Nos données
au service
de la Santé

Direction Financement et Analyse Economique
Direction Collecte des Informations de Gestion

ENC SMR 2024

Note de fin de campagne

Août 2026

Introduction

Les études nationales de coûts à méthodologie commune (ENC) du champ sanitaire sont des enquêtes annuelles menées par l'ATIH dans les établissements de santé publics et privés en médecine chirurgie obstétrique (MCO), soins de suite et de réadaptation (SMR) et hospitalisation à domicile (HAD).

Elles collectent d'une part les informations sur les séjours/séquences issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), et d'autre part des éléments de comptabilité analytique suivant une méthodologie spécifique.

L'objectif est de calculer les coûts de prise en charge de l'hospitalisation par séjour ou par séquence de soins.

Les coûts de prise en charge obtenus sont ensuite utilisés pour :

- Produire des référentiels de coûts, soit des coûts moyens nationaux par groupes homogènes de malades (GHM) en MCO, groupes médico-économiques (GME) en SMR ou groupes homogènes de prise en charge (GHPC) en HAD,
- Conduire les travaux de classification médico-économique au sein de l'ATIH,
- Orienter les réflexions des acteurs nationaux sur les modèles de financement et comme outil de la construction tarifaire en MCO et SMR.

L'objectif de cette note est de décrire le déroulement de la campagne de l'ENC SMR 2024, l'échantillon ainsi que la méthodologie de calcul des coûts moyens par GME qui a été mise en œuvre.

Les informations sur la collecte des données de l'ENC SMR 2024 sont disponibles sur le site Internet de l'ATIH¹. Les établissements participants ont été sélectionnés au cours de l'été 2022.

Les coûts moyens 2024 par GME sont disponibles dans Data Essentiel, une des plateformes de restitution de l'ATIH. Deux formats sont disponibles :

- une visualisation en ligne, avec la possibilité de choisir un GME, un GN, ...

https://data-essentiel.atih.sante.fr/pages/enc_smr/

- le jeu de données, à télécharger en format excel

<https://data-essentiel.atih.sante.fr/explore/assets/enc-smr-2024/>

Avertissement : les coûts complets présentés ici ne sont pas directement comparables aux tarifs, compte tenu des différences de périmètre existant entre ces deux concepts. Les données de coûts des référentiels sont essentiellement destinées à étudier le positionnement du coût généré par l'activité SMR d'un établissement par rapport au coût moyen induit par l'activité SMR d'un établissement « moyen ».

¹ <https://www.atih.sante.fr/enc-smr/documentation>

Sommaire

1. Déroulement de la campagne pour l'ENC 2024	4
2. Nouveautés des référentiels de coûts 2024	4
2.1. <u>Nouveautés liées à la méthodologie (recueil ENC)</u>	4
2.2. <u>Nouveauté liée à l'unité du référentiel de coûts</u>	5
3. Description de l'échantillon de l'ENC 2024	6
3.1. <u>Description globale</u>	7
3.2. <u>Description par catégorie majeur (CM)</u>	8
3.3. <u>Description par groupe médicoéconomique (GME)</u>	10
4. Méthodologie de calcul des coûts	11
4.1. <u>Périmètre des coûts</u>	11
4.2. <u>Contrôle qualité</u>	11
4.3. <u>Redressement des coûts</u>	12
4.4. <u>La qualité de l'estimation</u>	15
Annexes	17
1. ANNEXE 1 : Liste des établissements participants à l'ENC SMR en 2024 (hors abandons)	18
2. ANNEXE 2 : Calendrier de campagne	20
3. ANNEXE 3 : La classification médico-économique en GME, version v2026	21
4. ANNEXE 4 : Qu'est-ce que l'ERE ?	23

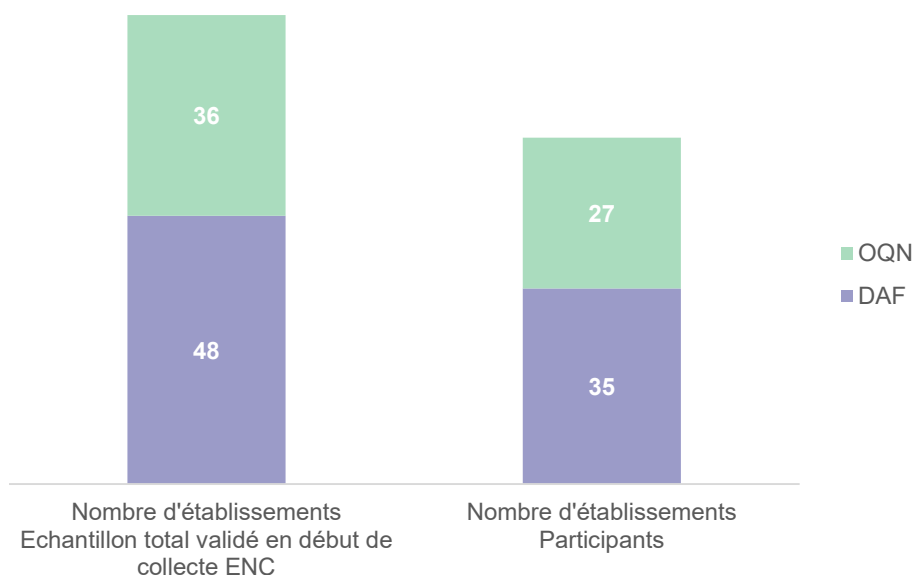
1. Déroulement de la campagne pour l'ENC 2024

L'étude nationale de coûts (ENC) repose sur un échantillon d'établissements sélectionnés par l'ATIH, volontaires et représentatifs de la diversité du secteur. Les établissements, formés par l'ATIH, sont accompagnés par un superviseur dédié.

En contrepartie des moyens matériels et humains mobilisés, les établissements sélectionnés bénéficient d'une compensation financière. Son versement est conditionné par la signature d'une convention engageant l'établissement, notamment en termes de qualité des données recueillies.

Les recueils de données sont transmis à l'ATIH à partir des outils informatiques mis à disposition des établissements. Le calendrier de la campagne ENC est disponible en annexe 2.

En 2024, 84 établissements appartiennent à l'échantillon de début de campagne². Il y a eu 22 non participants ou abandons et 62 établissements ont finalement participé à l'étude³. La qualité des données recueillies a été jugée satisfaisante pour l'ensemble des participants. Les données de ces 62 établissements ont donc été prises en compte pour les calculs des coûts moyens par GME.



2. Nouveautés des référentiels de coûts 2024

2.1. Nouveautés liées à la méthodologie (recueil ENC)

Traitement des rabais, remises et ristournes et autres produits

Une simplification méthodologique de la phase comptable de l'ENC « Traitement des produits » a été mise en place pour l'ENC 2024 :

- Dans les millésimes précédents, un traitement effectué par les établissements permettait de déduire les produits admis en atténuation des charges (classe 7) et les charges des comptes correspondant aux rabais, remises et ristournes (RRR) obtenus par les

² La liste des établissements inclus dans l'échantillon ENC SMR est disponible sur le site Internet de l'ATIH : <https://www.atih.sante.fr/echantillon-enc-smr>

³ La liste des 62 établissements participants est présentée en annexe 1

établissements (comptes 609, 619 et 629 correspondants aux RRR obtenus sur achats, services extérieurs et autres services) sur les postes de charges concernés. Les postes de charges en sortie de la collecte étaient donc nets de produits.

- Depuis l'ENC 2024, afin d'alléger la charge de recueil, ce traitement n'est plus réalisé par les établissements lors de la collecte. Une partie des produits (ceux qui ne sont pas affectables automatiquement à un poste de charge) est présente en sortie de collecte et regroupée dans des postes de produits avec un signe négatif. Ainsi, le coût d'un séjour comporte des postes bruts, certains nets et des montants de produits négatifs.

Cependant, pour le référentiel de coûts, un retraitement a été effectué afin de conserver la présentation de postes de charges nets de produits et ainsi faciliter la lecture de la décomposition du coût d'un GME. Ces produits ont été reventilés sur les postes de charges concernés au prorata du montant de ces postes. Ils n'apparaissent donc pas dans cette restitution et le référentiel conserve une présentation identique aux millésimes précédents en postes de dépenses nets des produits.

Évolutions relatives aux spécialités pharmaceutiques

Une évolution concernant la liste des spécialités pharmaceutiques faisant l'objet d'un suivi dans l'ENC est intervenue pour l'ENC 2024 :

- Dans les millésimes précédents, les spécialités pharmaceutiques étaient classées selon la typologie suivante : « facturables en sus – FES », « liste traceurs », « hors liste traceurs ».
- Dans le millésime 2024 de l'ENC, la « liste en sus – LES » remplace la liste « facturable en sus ». Les spécialités pharmaceutiques sont à présent classées selon la typologie suivante :
 - o « liste en sus » : il ne s'agit pas uniquement d'un changement de nom. Certains médicaments de la liste en sus étaient auparavant sur la « liste traceurs ». La liste en sus comprend les listes en sus interchamps ainsi que des médicaments de la liste en sus spécifique SMR.
 - o « liste traceurs complémentaire ENC » : la précision ENC est ajoutée.
 - o « autres » : il s'agit de toutes les spécialités pharmaceutiques qui ne sont pas dans les deux premières catégories.

2.2. Nouveauté liée à l'unité du référentiel de coûts

Le référentiel présente les coûts moyens de prise en charge selon la classification médico-économique en vigueur. Les travaux de la construction de la classification médico-économique en GME se sont fondés sur le concept de « séjour médical » (également appelé « séjour concaténé »). Le séjour médical regroupe plusieurs séjours au sens administratif lorsque, pour un même patient, deux séjours administratifs se suivent avec moins de 4 jours d'écart. Depuis la mise en place de cette classification en 2013, les données de coûts sont construites et restituées sur la base de cette unité du séjour médical.

À partir du millésime 2024 de l'ENC, l'unité de restitution des coûts dans le référentiel est le séjour administratif.

Exemple : si un patient est hospitalisé 2 fois de suite : 1 première fois 4 jours (avec un coût associé de 1 600 euros) et une seconde fois pour 4 jours (avec un coût associé de 1 400 euros) avec un retour au domicile de 2 jours entre les deux séjours administratifs, dans les millésimes précédents, ces deux hospitalisations auraient été regroupées dans un unique « séjour concaténé » de 8 jours avec un coût associé de 3 000 euros. A partir des données 2024, les

2 hospitalisations restent distinctes et comptent chacune pour 1 séjour (avec un coût respectivement de 1 600 euros et 1 400 euros).

En pratique, pour la majorité des GME, ce changement méthodologique a un impact limité ; la part des séjours devant être regroupée étant limitée. Dans la majorité des cas, les séjours au sens médical ou concaténé et les séjours au sens administratif sont identiques. Le changement d'unité a un impact pour les GME ayant une part de séjours concaténés importante (notamment en pédiatrie où les enfants ont des permissions de sortie le week-end). En effet, dans ce cas, le coût moyen et le nombre moyen de journées de présence peuvent diminuer.

3. Description de l'échantillon de l'ENC 2024

L'unité de recueil dans l'ENC est le résumé hebdomadaire de sortie anonyme (RHA), version anonymisée des fichiers de suivi médico-administratif des hospitalisations dans le champ SMR.

L'unité d'observation est soit :

- Le séjour administratif en hospitalisation complète (cf. point 2.2)
- Le RHA en hospitalisation partielle.

Les coûts issus de l'ENC SMR 2024 sont présentés selon la version de la classification des GME (groupe médico-économique) en vigueur en 2026 (v2026). L'annexe 3 détaille le contenu de la classification en GME. L'indicateur de restitution est soit :

- Le coût moyen d'un séjour pour les GME d'hospitalisation complète, obtenu à partir des coûts des séjours d'hospitalisation complète,
- Le coût moyen journalier pour les GME d'hospitalisation partielle, obtenu à partir des RHA d'hospitalisation partielle.

Il y a deux échelles de coûts, selon le secteur de financement (DAF ou OQN).

Les effectifs présentés ici sont les effectifs après contrôles qualité⁴.

⁴ C'est-à-dire après suppression de certaines observations, cf. partie 4.2

3.1. Description globale

T1 Taux de sondage par secteur de financement et statut juridique

		Nombre d'établissements	Hospitalisation complète			Hospitalisation à temps partiel		
			Nombre de séjours	Taux de sondage	Evolution 2023-2024 du taux de sondage (en points)	Nombre de journées	Taux de sondage	Evolution 2023-2024 du taux de sondage (en points)
DAF	CH	6	4 096	1,6%	0,5	29 417	3,6%	0,6
	CHU	1	5911	9,7%	2,1	25817	7,4%	0,1
	EBNL	28	22 562	11,3%	0,3	227 384	13,8%	-1,0
	Total DAF	35	32 569	6,4%	0,7	282 618	10,1%	-0,4
OQN	Privé lucratif	23	17 505	5,9%	0,9	195 986	6,7%	0,2
	Privé non lucratif	4	3553	25,5%	3,1	42401	24,6%	3,4
	Total OQN	27	21 058	6,8%	0,9	238 387	7,7%	0,3
Total		62	53 627	6,6%	+0,8	521 005	8,9%	+0,0

Lecture : 6 centres hospitaliers (CH) du secteur de financement DAF ont participé à l'ENC 2024. En 2024, ces 6 CH du secteur DAF ont réalisé 4 096 séjours d'hospitalisation complète, soit un taux de sondage de 1,6 % par rapport à l'activité de l'ensemble des établissements du même type. Ce taux de sondage est en hausse de 0,5 point par rapport à l'ENC 2023.

Pour les deux secteurs, les taux de sondage sont globalement plus élevés pour l'activité d'hospitalisation partielle qu'en hospitalisation complète. En effet, l'échantillon contient 8,9% des journées d'hospitalisation partielle nationales, contre 6,6% des séjours nationaux pour l'hospitalisation complète.

Sur le secteur DAF, le taux de sondage est en légère baisse par rapport à 2023 pour l'hospitalisation partielle. Cette baisse s'observe uniquement en EBNL (-1,0 point par rapport à 2023) alors qu'en CH et CHU nous observons une légère hausse. Quant à l'hospitalisation complète, le taux de sondage est en légère augmentation par rapport à 2023 (+0,7 point).

Sur le secteur OQN, le taux de sondage est en légère augmentation sur l'hospitalisation complète (+0,8 point) et sur l'hospitalisation partielle (+0,3 point). Les établissements OQN privés non lucratifs présentent toujours un meilleur taux de sondage que les privés lucratifs.

T2 Répartition de l'activité dans l'échantillon et au national – Secteur DAF

	Hospitalisation complète		Hospitalisation à temps partiel	
	% séjours dans l'échantillon	% séjours au national	% journées dans l'échantillon	% journées au national
CH	13%	49%	10%	29%
CHU	18%	12%	9%	12%
EBNL	69%	39%	80%	59%
Total	100%	100%	100%	100%

Dans l'échantillon DAF, les CH sont sous-représentés, que ce soit en hospitalisation complète ou en hospitalisation partielle. Au contraire, les EBNL sont surreprésentés dans l'échantillon.

T3 Répartition de l'activité dans l'échantillon et au national – Secteur OQN

	Hospitalisation complète		Hospitalisation à temps partiel	
	% séjours dans l'échantillon	% séjours au national	% journées dans l'échantillon	% journées au national
Privé lucratif	84%	96%	82%	94%
Privé non lucratif	16%	4%	18%	6%
Total	100%	100%	100%	100%

Dans l'échantillon OQN, les privés lucratifs sont sous-représentés, et les privés non lucratifs sont sur-représentés.

3.2. Description par catégorie majeur (CM)

T4 Taux de sondage par CM – Secteur DAF

CM	Libellé	Hospitalisation complète			Hospitalisation à temps partiel		
		Nombre de séjours dans l'échantillon	Taux de sondage (en %)	Evolution 2023-2024 du taux de sondage (en points)	Nombre de journées dans l'échantillon	Taux de sondage (en %)	Evolution 2023-2024 du taux de sondage (en points)
1	Affections du système nerveux	9 023	9%	1,8	95 208	10%	-0,4
2	Affections de l'œil	13	2%	-0,2	54	0%	-0,2
3	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	37	2%	-0,7	496	3%	-1,6
4	Affections de l'appareil respiratoire	1 353	4%	0,2	6 018	7%	0,4
5	Affections de l'appareil circulatoire	3 314	7%	-0,1	34 776	8%	0,6
6	Affections des organes digestifs	607	3%	0,4	541	10%	-0,3
8	Affections et traumatismes du système ostéo-articulaire	9 979	5%	-0,1	111 629	11%	-0,8
9	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	1 364	10%	3,3	12 519	32%	0,3
10	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	2 427	10%	-1,1	6 333	7%	-1,9
11	Affections de l'appareil génito-urinaire	379	3%	0,2	626	7%	-3,9
16	Affections du sang, des organes hématopoïétiques, du système immunitaire et tumeurs malignes de siège imprécis ou diffus	343	5%	1,5	850	21%	3,6
18	Certaines maladies infectieuses, virales ou parasitaires	50	2%	0,2	78	4%	-8,4
19	Troubles mentaux et du comportement	2 671	10%	3,4	11 900	8%	0,2
23	Autres motifs de recours aux services de santé	770	2%	0,4	1 420	3%	-0,4
27	Post-transplantation d'organe	239	31%	-0,3	170	9%	-7,2
Total		32 569	6%	0,7	282 618	10%	-0,4

Sur l'hospitalisation complète, les taux de sondage sont globalement stables, avec quand même quelques hausses notables sur les CM 09 (+3,3 points) et 19 (+3,4 points). Sur les 3 catégories majeures les plus importantes en nombre (CM 08, 01 et 05), le taux de sondage se situe entre 5 % et 9 %.

Sur l'hospitalisation à temps partiel, les taux de sondage sont en revanche en baisse par rapport à 2023 sur la majorité des catégories (9 sur 15), avec des reculs particulièrement marqués sur les CM 27 (-7,2 points), 18 (-8,4 points) et 11 (-3,9 points). Les évolutions positives restent concentrées sur un nombre plus restreint de catégories, notamment les CM 16 (+3,6 points) et 05 (+0,6 point), ce qui se traduit par une évolution globale légèrement négative au total (-0,4 point). Sur les 3 catégories majeures les plus importantes en nombre de journées (CM 08, 01 et 05), le taux de sondage se situe entre 8 % et 11 %.

T5 Taux de sondage par CM – Secteur OQN

CM	Libellé	Hospitalisation complète			Hospitalisation à temps partiel		
		Nombre de séjours dans l'échantillon	Taux de sondage (en %)	Evolution 2023-2024 du taux de sondage (en points)	Nombre de journées dans l'échantillon	Taux de sondage (en %)	Evolution 2023-2024 du taux de sondage (en points)
1	Affections du système nerveux	4 063	12%	1,3	65 674	12%	-0,1
2	Affections de l'œil	4	1%	-2,6	30	0%	0,1
3	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	191	18%	4,4	309	3%	-2,1
4	Affections de l'appareil respiratoire	2 104	9%	0,9	22 020	18%	-0,2
5	Affections de l'appareil circulatoire	1 340	4%	1,5	6 022	1%	0,8
6	Affections des organes digestifs	536	5%	0,7	157	1%	0,5
8	Affections et traumatismes du système ostéo-articulaire	7 500	5%	0,7	131 522	9%	0,6
9	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	236	6%	0,6	913	3%	1,3
10	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	2 451	13%	1,9	5 837	3%	-0,5
11	Affections de l'appareil génito-urinaire	303	4%	-0,2	116	1%	-0,1
16	Affections du sang, des organes hématopoïétiques, du système immunitaire et tumeurs malignes de siège imprécis ou diffus	162	6%	-0,1	97	2%	-2,3
18	Certaines maladies infectieuses, virales ou parasitaires	43	5%	1,1	152	10%	7,9
19	Troubles mentaux et du comportement	1 167	6%	-0,4	2 790	2%	-0,5
23	Autres motifs de recours aux services de santé	942	10%	1,9	2 493	5%	-2,2
27	Post-transplantation d'organe	16	6%	3,5	255	16%	11,5
Total		21 058	7%	0,9	238 387	8%	0,3

Sur l'hospitalisation complète, les taux de sondage sont en hausse par rapport à 2023 sur la majorité des catégories majeures. Les hausses les plus marquées concernent les CM 03 (+4,4 points) et 27 (+3,5 points). Sur les 3 catégories majeures les plus importantes en nombre (CM 08, 01 et 10), le taux de sondage se situe entre 5 % et 13 %.

Sur l'hospitalisation à temps partiel, les taux de sondage sont en hausse par rapport à 2023 sur la moitié des catégories majeures (8 sur 15). Cette hausse est très forte sur les CM 27 (+11,5 points) et 18 (+7,9 points). Les évolutions négatives sont les plus marquées sur les CM 16 (-2,3 points), 23 (-2,2 points) et 03 (-2,1 points). Sur les 3 catégories majeures les plus importantes en nombre (CM 08, 01 et 04), le taux de sondage se situe entre 9 % et 18 %.

3.3. Description par groupe médicoéconomique (GME)

Dans le cadre des travaux réalisés sur les données de l'ENC, le coût moyen par GME n'est calculé que pour les GME ayant au moins 30 séjours dans le cas de l'hospitalisation complète ou 30 RHA dans le cas de l'hospitalisation à temps partiel. Dans le cas contraire, le nombre d'observations est considéré comme insuffisant pour effectuer un redressement et obtenir un coût moyen représentatif du coût national que l'on souhaite estimer.

T6 Part de l'activité nationale des GME avec un coût moyen calculé

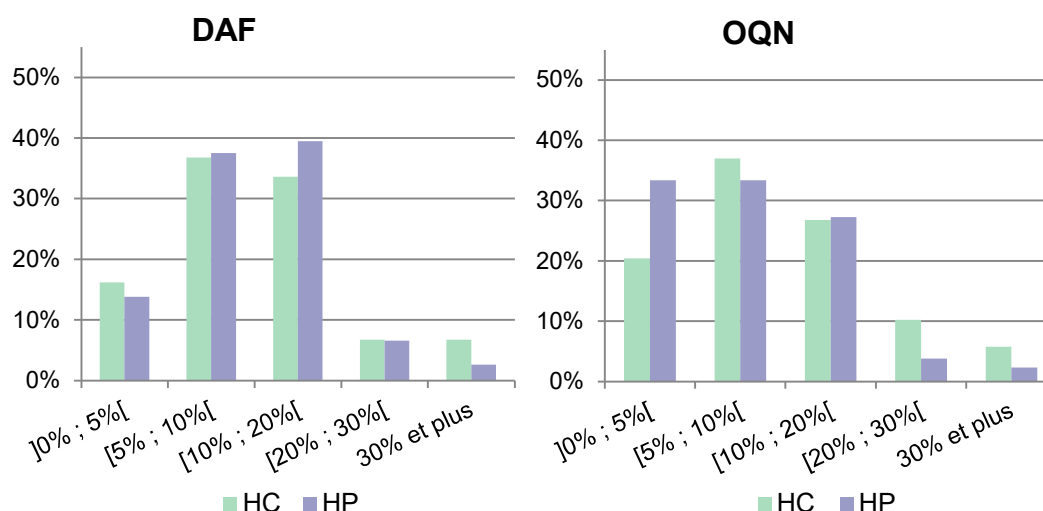
Type d'hospitalisation	DAF			OQN		
	Nb GME au national	Nb GME pour lesquels un coût a été calculé	Part de l'activité nationale des GME pour lesquels un coût a été calculé	Nb GME au national	Nb GME pour lesquels un coût a été calculé	Part de l'activité nationale des GME pour lesquels un coût a été calculé
Complète	1 144	253	49,5%	1 140	157	51,1%
Temps Partiel	170	152	99,2%	169	132	96,5%

Lecture : En 2024, l'activité en hospitalisation complète des établissements du secteur DAF se décompose en 1 144 groupes médicoéconomiques (GME). À partir des données de l'ENC 2024, un coût moyen a été calculé pour 253 de ces GME. Ces 253 GME regroupent 49,5 % des séjours d'hospitalisation complète réalisés en 2024.

Sur l'hospitalisation complète, les GME pour lesquels un coût a été calculé représentent 49,5 % de l'activité nationale sur le secteur DAF et 51,1 % sur le secteur OQN. Cette part est en hausse pour le secteur DAF (+6,9 points) et pour le secteur OQN (+6,4 points) par rapport à l'ENC 2023.

Sur l'hospitalisation à temps partiel, les GME pour lesquels un coût journalier a été calculé représentent 99,2 % de l'activité nationale sur le secteur DAF et 96,5 % sur le secteur OQN. Cette part d'activité est stable sur le secteur DAF, et en hausse de +4,7 points sur le secteur OQN.

F1 Part de GME par classe de taux de sondage



Lecture : Pour le secteur DAF, parmi les 253 GME d'hospitalisation complète (HC) et les 152 GME d'hospitalisation partielle (HP) pour lesquels un coût moyen est calculé à partir de l'ENC 2024, 16,2 % des GME d'HC et 13,8 % des GME d'HP ont un taux de sondage compris entre 0 et 5 %.

Sur le secteur DAF, les taux de sondage des GME sont légèrement meilleurs en hospitalisation partielle qu'en hospitalisation complète (HC). En hospitalisation partielle (HP), 86 % des GME avec un coût calculé ont un taux de sondage de plus de 5 %, contre 84 % en hospitalisation complète.

Sur le secteur OQN c'est l'inverse : 80 % des GME d'HC ont un taux de sondage de plus de 5 %, contre 67 % des GME d'HP.

4. Méthodologie de calcul des coûts

4.1. Périmètre des coûts

Dans la mesure où certaines zones géographiques présentent des surcoûts dont il convient de ne pas répercuter l'effet dans le calcul du coût journalier moyen national, les coûts des RHA des établissements concernés sont diminués à l'aide du coefficient géographique⁵ correspondant. La composition de l'échantillon 2024 conduits à minorer ainsi de 7 % les coûts des établissements de la région Ile-de-France et de 32,5 % les coûts des établissements de la Réunion pour les rendre comparables aux coûts des autres régions.

Les charges de structure sont exclues des coûts, car elles ne peuvent pas faire l'objet d'un redressement et par voie de conséquence sont sensibles à la composition de l'échantillon.

4.2. Contrôle qualité

Préalablement au calcul des coûts, une analyse fine des données est réalisée pouvant conduire à la suppression de certaines observations. En effet, il s'agit de ne pas impacter les valeurs moyennes par la prise en compte d'erreurs manifestes.

Les séjours à cheval (hospitalisation complète uniquement) :

Le référentiel de coûts 2024 est construit à partir des informations de l'ensemble des séjours/RHA **complets et terminés en 2024**. Il prend ainsi en compte les séjours d'hospitalisation complète à cheval sur 2023-2024 (pour les établissements intégrés aux deux études).

En pratique, pour les séjours commencés en 2023 et terminés en 2024, les coûts des RHA remontés dans l'étude 2023 ont été sommés aux coûts des RHA remontés dans l'étude 2024. Cette opération a été réalisée pour les établissements intégrés aux deux études, soit 55 établissements sur les 62 établissements intégrés à l'échantillon 2024. Les coûts de toutes les sections ont été sommés, à l'exception de la section « accueil et gestion des malades ». Pour celle-ci, seul le coût le plus récent a été conservé (soit le coût de 2024), afin de ne pas imputer deux fois cette charge sur le séjour.

Les séjours à cheval sur N+1 sont, eux, exclus du référentiel de coûts 2024. Ils seront pris en compte dans le référentiel 2025 (pour les établissements intégrés en 2024 et 2025).

Suppression des séjours incomplets :

- les séjours à cheval sur N-1 pour les nouveaux établissements, faute de connaissance des coûts N-1 ;
- les séjours à cheval sur N+1 (ils seront pris en compte dans le référentiel 2025) ;

Suppression des séjours/RHA groupés en erreur (catégorie majeure 90)

⁵ Coefficient en vigueur en 2024 (<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000049429637>, annexe XIII).

Suppression des séjours/RHA dits atypiques :

- avec un coût journalier élevé de transport (RHA d'hospitalisation partielle uniquement) ;
- avec une part élevée d'Accueil et gestion des malades (plus de 80% du coût) ;
- avec un coût très élevé ou très faible et une incohérence médicale ;
- avec un temps métier ou plateau de RR ou atelier très élevé (plus de 30h/jour) ;

Suppression des RHA de téléadaptation

Au final, les observations supprimées représentent 9 % des séjours d'hospitalisation complète présents dans l'échantillon (séjours incomplets pour la plupart) et moins de 1 % des RHA d'hospitalisation partielle.

4.3. Redressement des coûts

L'ENC est une enquête par sondage auprès d'un échantillon d'établissements. De ce fait, les coûts moyens par GME ne sont que des estimations du coût national qui est inconnu. Ces coûts sont donc sensibles à la composition de l'échantillon d'établissements. Cette variabilité peut être réduite en utilisant une technique de redressement, appelée calage sur marges, dont la méthodologie est détaillée dans l'encadré ci-dessous.

Le calage sur marges : pour quoi faire ?

Le principe du redressement ou calage consiste à tirer profit d'une information auxiliaire (c'est-à-dire en pratique d'un ensemble de variables corrélées au coût complet) disponible dans une base de données nationale afin de corriger les différences de caractéristiques entre l'échantillon et la base de données nationale. Le calage sur marge fournit des pondérations permettant de corriger ces écarts pour le calcul de certaines grandeurs à partir des données de l'échantillon (le coût moyen d'un GME dans le cas de l'ENC).

Pour comprendre la nécessité d'un redressement du coût issu d'un échantillon, un exemple d'application de cette méthode est détaillé.

Il s'agit, dans cet exemple, de connaître le revenu moyen mensuel en France à partir de données d'une enquête par sondage.

Les données d'une enquête sur les revenus couvrent un échantillon de 100 individus, composé de 20 femmes et 80 hommes. Dans cet échantillon, l'âge moyen des femmes est de 32,8 ans et celui des hommes est de 55,2 ans. Le revenu moyen mensuel pour cet échantillon est de 3 078 € (calcul effectué à partir des données brutes, sans aucune correction).

Par ailleurs, d'après une donnée de référence (source INSEE), il y a au niveau national 48,0% de femmes et 52,0% d'hommes et l'âge moyen des femmes est de 42,6 ans et celui des hommes est de 39,8 ans.

En comparaison de la population nationale, l'échantillon est biaisé : il contient plus d'hommes et ceux-ci sont plus âgés. Or on sait que le lien entre le revenu moyen, le sexe et l'âge est très fort. Ainsi le revenu moyen d'un français ne sera certainement pas égal à 3 078 € puisque l'échantillon ne respecte pas les proportions de la population nationale concernant le sexe et l'âge (l'échantillon n'est pas représentatif de la population pour ces deux variables). D'ailleurs le revenu moyen mensuel en France pour la même année est estimé à 1 712 € par l'INSEE (donc bien différent de celui observé dans l'échantillon).

Pour fournir une estimation fiable du revenu moyen à partir des données de cette enquête, il est possible de redresser l'échantillon à partir d'une méthode appelée calage sur marges.

Parallèle avec l'étude nationale de coûts SMR :

Tout comme dans l'exemple ci-dessus, les caractéristiques de l'échantillon des 62 établissements de l'ENC 2024 intégrés à l'analyse ne sont pas égales à celles de la population de référence (ensemble des établissements). Il n'est donc pas juste d'utiliser directement les données brutes pour estimer un coût de prise en charge moyen pour la population de référence. Les données de l'échantillon doivent être redressées.

Le calage sur marges : comment ça marche ?

Ce redressement ne modifie en rien les valeurs des coûts recueillis mais **il modifie la contribution de chaque donnée dans le calcul des coûts moyens**.

Le calage est réalisé en deux grandes étapes : la recherche des variables de calage puis le calcul des pondérations.

PREMIERE ETAPE : Sélection des variables de calage

Le calage peut être effectué grâce à la connaissance de certaines caractéristiques de la population de référence. Les variables connues sur l'ensemble des établissements du champ SMR peuvent donc être testées. Cependant, plusieurs contraintes doivent être respectées dans le choix des variables retenues :

- ◆ elles doivent être explicatives du coût que l'on cherche à estimer,
- ◆ elles ne doivent pas être corrélées entre elles,
- ◆ elles ne doivent pas être en trop grand nombre (sous peine que le calage échoue).

C'est la régression linéaire qui sert d'outil pour sélectionner les variables. Dans l'exemple sur l'estimation du revenu moyen en France, les variables de calage sont le sexe et l'âge.

SECONDE ETAPE : Calcul des pondérations

Le but de cette étape est d'obtenir un poids à chaque observation (donc une pondération pour chacun des séjours/RHA). Les poids sont calculés de telle sorte que, pour chaque variable de calage, les caractéristiques de l'échantillon pondéré soient égales aux caractéristiques de la population de référence. Les variables de calage et les poids associés sont déterminés indépendamment GME par GME et pour chacun des deux secteurs de financement. Autrement dit, après calage, pour chaque GME, l'échantillon redressé a les mêmes caractéristiques que celles observées sur la population de référence, et cela pour l'ensemble des variables de calage conservées dans le modèle final.

En pratique, ce système de poids est calculé avec l'aide du package R élaboré par l'INSEE nommé ICARUS (Icarus Calibrates and Reweights Units in Samples).

Pour le référentiel SMR, les variables de calage sont choisies au niveau GME. Ainsi, le calage est effectué uniquement sur les variables les plus explicatives du coût du GME considéré. Par exemple, l'âge n'est pas utilisé automatiquement pour tous les GME, mais uniquement pour ceux dont l'âge est explicatif de la variabilité du coût. Cela permet notamment de pouvoir utiliser des variables « spécifiques », qui sont pertinentes uniquement pour un petit nombre de GME.

Pour chaque type d'hospitalisation, les variables de calage potentiellement utilisées sont les suivantes :

Variables de calage	GME d'hospitalisation complète	GME d'hospitalisation partielle
Type de l'établissement	X	X
Taux d'occupation de l'établissement	X	
Score de dépendance physique	X	X
Score de dépendance cognitive	X	X
Âge	X	X
Nombre d'actes CCAM	X	
Score de RR (Rééducation-réadaptation)	X	X
Nombre de journées de présence	X	
Caractère post-chirurgical de la prise en charge		X
Mention spécialisée	X	X
Type d'hospitalisation (séance ou HP)		X
Mode d'entrée	X	X
Mode de sortie	X	
Type de personnel (libéral ou salarié) - <i>pour le secteur OQN uniquement</i>	X	X

Le type d'établissement :

Il correspond au statut juridique :

- Centre hospitalier universitaire (CHU)
- Centre hospitalier (CH)
- Établissement privé à but non lucratif (EBNL)
- Établissement privé à but lucratif

Le taux d'occupation de l'établissement :

Il est issu de la SAE (Statistique Annuelle des Etablissements de santé) 2024, et correspond au nombre de journées réalisées sur le nombre de journées exploitables. Ces données n'étant disponibles que pour l'hospitalisation complète, le taux d'occupation ne peut pas être calculé sur l'hospitalisation partielle.

Trois modalités sont définies pour cette variable :

- | | |
|--|--|
| Secteur DAF | Secteur OQN |
| <ul style="list-style-type: none"> • Inférieur à 80% • Entre 80% et 90% • 90% et plus | <ul style="list-style-type: none"> • Inférieur à 90% • Entre 90% et 100% • 100% et plus |

La mention spécialisée :

Il s'agit de la mention spécialisée du séjour/RHA spécifiée dans le PMSI. Trois modalités sont définies :

- Polyvalent : si le séjour n'a que des RHA polyvalents (aucune mention spécialisée)
- Spécialisé : si au moins un RHA du séjour comporte une mention spécialisée (quel que soit la spécialité)
- Gériatrique : si le séjour comporte au moins un RHA avec la mention « affections des personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance », et aucun RHA avec une autre mention spécialisée

Le mode d'entrée :

Trois modalités sont définies :

- Domicile,
- Mutation
- Transfert (définitif ou provisoire)

Le mode de sortie :

Quatre modalités sont définies :

- Domicile,
- Mutation
- Transfert (définitif ou provisoire)
- Décès

Le type de personnel de l'établissement (secteur OQN uniquement) :

Cette variable, introduite sur le secteur OQN pour le référentiel 2018, est construite à partir des honoraires facturés par les établissements. Deux modalités sont définies :

- Salariés uniquement : l'établissement n'a pas de libéraux (il ne facture pas d'honoraires)
- Libéraux : l'établissement fait appel à des libéraux (il facture des honoraires)

Le calage s'effectue indépendamment pour chacun des deux secteurs, GME par GME, pour les groupes présentant un nombre suffisant d'observations (au minimum 30 observations).

Chaque GME est donc calé non pas sur toutes ces variables, mais uniquement sur celles qui sont explicatives du coût de ces séjours/RHA.

Ainsi, les coûts du référentiel sont des coûts « redressés », dans le but de refléter, non pas uniquement les coûts de l'échantillon, mais ceux de l'ensemble des établissements.

4.4. La qualité de l'estimation

La fiabilité de l'estimation du coût moyen reste dépendante de la qualité de l'échantillon de l'ENC et cela malgré le redressement des données qui permet de neutraliser les écarts entre les caractéristiques de l'échantillon et l'ensemble des établissements français. En particulier, un faible taux de sondage fragilise la qualité de l'estimation et inversement, un taux de sondage élevé rend l'estimation plus robuste. Plus le nombre d'établissements (de séjours/RHA) présents de l'échantillon est important, plus il est probable que les données recueillies soient représentatives de l'ensemble des établissements (des séjours/RHA), ou encore, moins il est probable que les données soient atypiques.

Trois indicateurs permettent d'apprécier la qualité de l'estimation du coût moyen estimé pour un GME : l'ERE (Erreur Relative d'Echantillonnage), l'intervalle de confiance, et l'indicateur de fiabilité.

L'erreur relative d'échantillonnage (ERE) :

Elle permet de savoir si la dispersion des coûts autour du coût moyen est importante ou non dans l'échantillon. L'ERE n'est pas affichée de manière quantitative (en %) mais en classes : si l'ERE est inférieure à 10% alors l'estimation sera jugée comme étant de **bonne** qualité, si l'ERE est comprise entre 10% et 20% alors l'estimation sera **correcte**. En revanche si l'ERE est supérieure à 20% alors la qualité de l'estimation est **mauvaise**.

Le mode de calcul de l'ERE est détaillé en annexe 4.

L'intervalle de confiance :

Il est calculé à partir de l'ERE : plus l'ERE est élevée, plus l'intervalle de confiance est large. Pour une estimation de bonne qualité avec une ERE très faible, l'intervalle de confiance sera assez

resserré. Il est construit de manière probabiliste⁶ à partir des données de l'échantillon ENC de telle sorte que le coût moyen pour l'ensemble des établissements du champ SMR⁷ a 95% de chances d'être compris dans cet intervalle de confiance.

Exemple :

Si le coût moyen estimé pour un GME est de 4 884 € avec un intervalle de confiance associé de [4 052 € ; 5 716 €] (et une ERE est de 8,7%), cela signifie que le « vrai » coût moyen de ce GME a 95% de chances d'être compris entre 4 052 et 5 716€.

L'indicateur de fiabilité :

En complément de l'ERE et de l'intervalle de confiance, un indicateur de fiabilité de l'estimation du coût est calculé. Il se base sur la précision de l'estimation (l'ERE), mais également sur le nombre de séjours (en HC) ou RHA (en HP), sur le nombre d'établissements produisant au moins 80% des séjours/RHA du GME, et sur le taux de sondage. Cet indicateur peut prendre 3 valeurs : bon, correct et mauvais.

Le score est construit selon l'algorithme suivant :

- SCORE BON :
 - o Si le nombre de séjours (HC) ou RHA (HP) ≥ 75 et nombre d'établissements ≥ 3 et précision $< 10\%$
 - o Si le nombre de séjours (HC) ou RHA (HP) < 75 et taux de sondage $\geq 80\%$
- SCORE CORRECT :
 - o Si le nombre de séjours (HC) ou RHA (HP) < 75 et taux de sondage entre 60% et 80% et précision $< 10\%$
- SCORE MAUVAIS :
 - o Si le nombre de séjours (HC) ou RHA (HP) < 75 et taux de sondage $< 60\%$ et [précision $\geq 10\%$ OU nombre d'établissements < 3]

Les GME qui n'entrent dans aucune de ces modalités ont un score CORRECT.

Par ailleurs, les GME avec un score BON ou CORRECT sont dégradés en MAUVAIS s'ils sont dans une ou plusieurs de ces situations :

- une distorsion est observée sur le nombre de journées de présence ou sur la dépendance entre l'ENC et la base nationale, sans que le calage ne la corrige
- les données de coûts ont été considérées comme insuffisamment fiables par rapport au contenu de la prise en charge médicale

⁶ Suivant une méthode issue de la théorie des sondages.

⁷ Les données de l'ENC n'étant pas exhaustives, ce coût moyen pour l'ensemble des établissements SMR n'est pas connu.



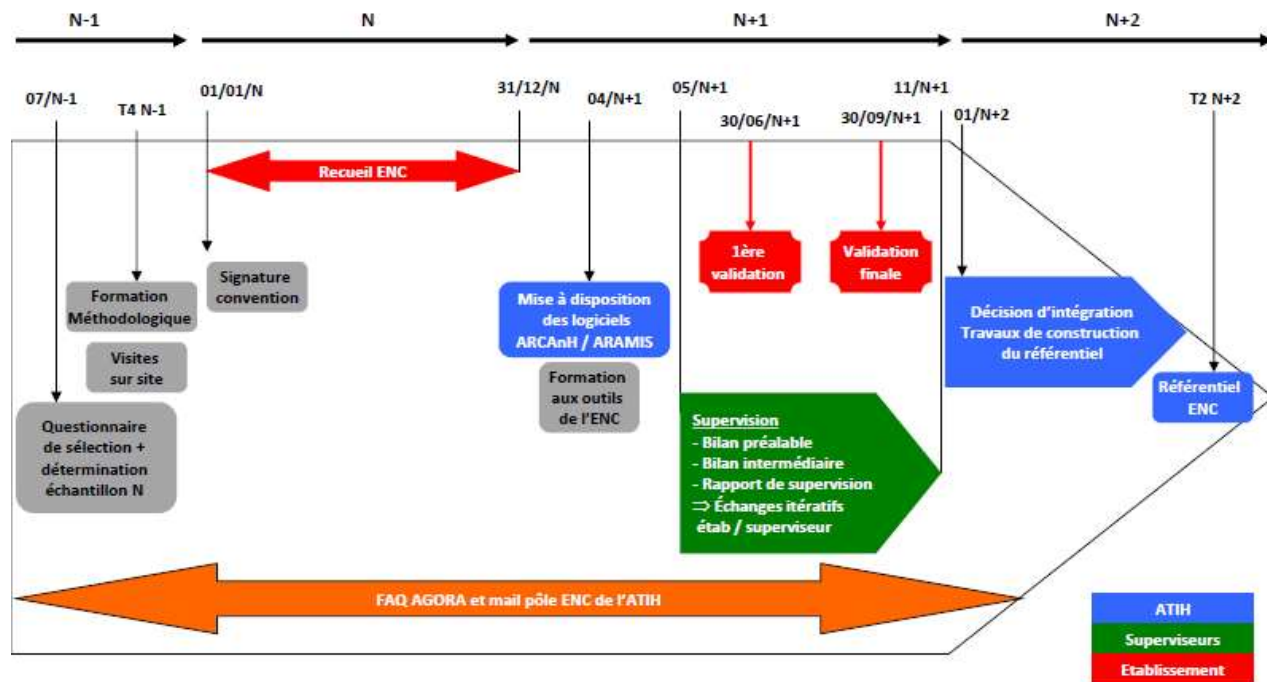
Annexes

1. ANNEXE 1 : Liste des établissements participants à l'ENC SMR en 2024 (hors abandons)

Statut	Finess	Raison Sociale
DAF	010780096	CH Montpensier Trévoux
DAF	010780492	CMPR Romans Ferrari
DAF	050000991	Centre Médical Chant'Ours
DAF	060780558	Clinique Les Cadrans Solaires
DAF	060789674	Centre Hélió Marin Vallauris
DAF	120780135	CSSR la Clauze
DAF	130043318	SSR Pédiatrique Val Pré Vert
DAF	130043854	CRF Valmante Hôpital Européen
DAF	130786924	Institut Universitaire de Réadaptation Valmante Sud
DAF	290000975	Centre Hélió Marin de Roscoff - Site de Perharidy
DAF	290000983	Centre Hélió Marin de Roscoff - Site de St Luc
DAF	350002200	Clinique Saint Yves
DAF	370000374	CMPR Bel-Air
DAF	370000986	Centre Louis Sevestre
DAF	420002677	Centre Mutualiste d'Addictologie
DAF	440043123	Etablissement de Santé pour Enfants et Adolescents de la région Nantaise (ESEAN)
DAF	460780117	CRF la Roseraie
DAF	490531910	CRRRF Les Capucins
DAF	560000390	Centre SSRA Le Phare
DAF	560002024	CMRRF Kerpape
DAF	590000600	CH de Saint Amand Les Eaux
DAF	590782439	CH WATTRELOS
DAF	590784245	CH Zuydcoote
DAF	590785663	CH Intercommunal WASQUEHAL
DAF	640780185	SSR Les Embruns
DAF	690001524	Centre médical Germaine REVEL
DAF	690781810	Hospices Civils de Lyon
DAF	690782420	Centre Médical de Bayere
DAF	810000232	CMRF d'Albi
DAF	810003954	CRPA de Valence
DAF	830000303	Hopital Léon Bérard
DAF	830200507	Etablissement de Santé Jean Lachenaud
DAF	850002403	CMPR Croix Rouge Française
DAF	850005224	Centre Les Metives - Site les Sables d'Olonne
DAF	940700032	Institut Robert Merle d'Aubigné
OQN	060780145	Clinique St Dominique
OQN	060790862	C.A.L.M.E Cabris
OQN	060800182	Centre de Diététique - Pegomas
OQN	120780143	CSSR LES TILLEULS
OQN	130042526	SAS Korian les 3 tours
OQN	130782097	Ctre de convalescence de Sibourg
OQN	130786932	CRF Paul Cezanne
OQN	280506015	LE C.A.L.M.E. Illiers Combray
OQN	310021571	Clinique des Minimes

OQN	310780150	Médipôle de Garonne
OQN	310780366	Clinique Monié
OQN	310780374	Clinique du Château de Vernhes - Clinique Bondigoux
OQN	320004930	Pôle de Santé La Réviscolada
OQN	450000286	Clinique Les Buissonnets
OQN	500000229	Le Normandy
OQN	500021423	CRF Normandy II
OQN	530031962	Polyclinique du Maine (Groupe 3H)
OQN	590782280	Clinique Saint-Roch Villars de Denain
OQN	590783189	Clinique Saint-Roch de Marchiennes
OQN	590797387	Centre l'espoir Hellemmes
OQN	590809703	Clinique Saint Roch de Cambrai
OQN	700780042	CMPR Bretegnier
OQN	780300083	Clinique Médicale Goussonville
OQN	800009920	SA Clinique Victor Pauchet
OQN	800012528	Clinique Victor Pauchet - CRF des 3 Vallées
OQN	970404588	Clinique Les Tamarins Ouest (C.R.F.)
OQN	970410528	Clinique Les Tamarins Sud

2. ANNEXE 2 : Calendrier de campagne



3. ANNEXE 3 : La classification médico-économique en GME, version v2026

Les groupes médico-économiques (GME) constituent le système de classification médico-économique des hospitalisations en soins de suite et de réadaptation (SMR).

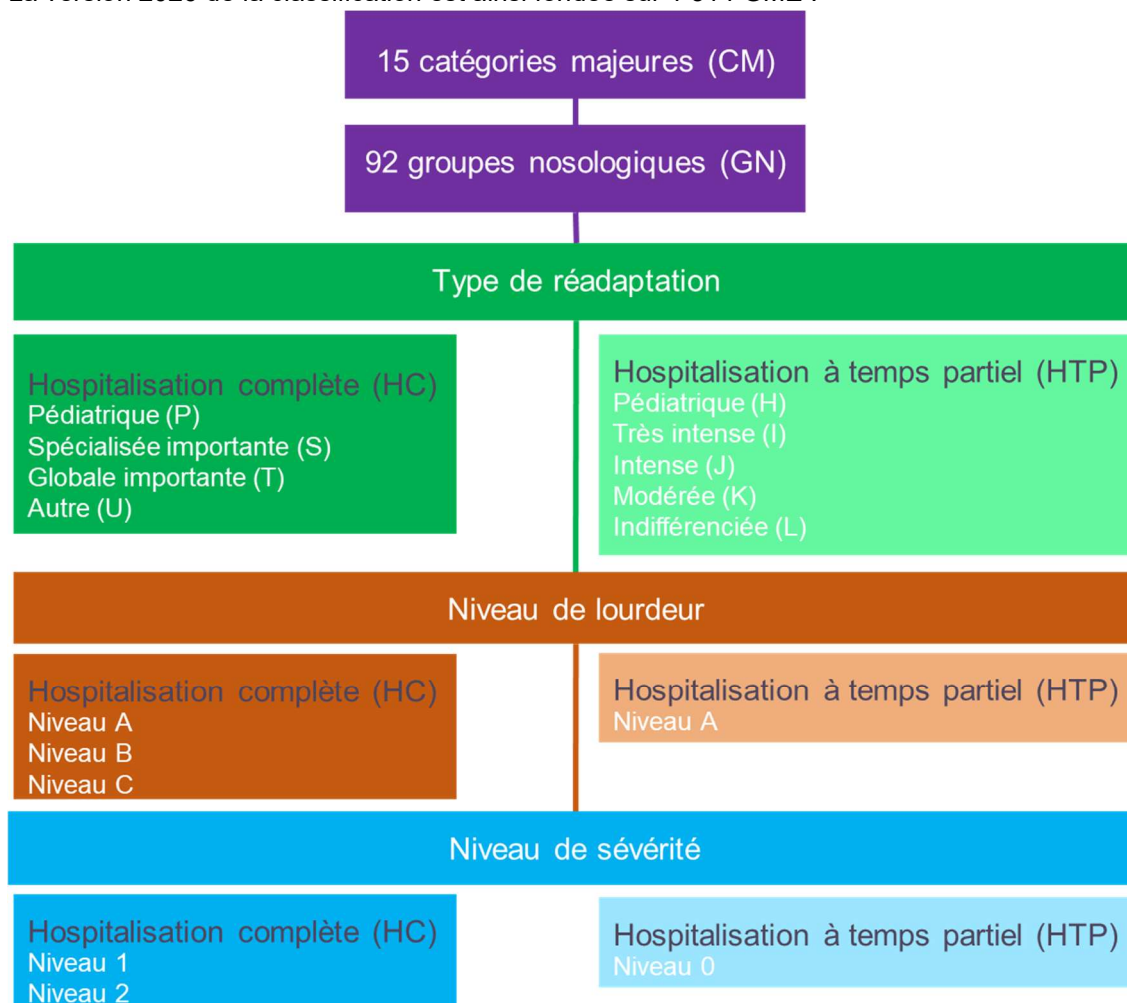
La classification en version 2026 est organisée en 4 niveaux hiérarchiques :

1. Les catégories majeures (CM) et groupes nosologiques (GN) basés sur la morbidité principale : ils définissent la pathologie et/ou la prise en charge principale.
2. Les groupes nosologiques sont décomposés en groupe de réadaptation : ils définissent le type et l'intensité de réadaptation reçue par le patient basés sur la nature (actes de réadaptation spécialisés ou non) et la quantification des actes de réadaptation.
3. Les groupes de réadaptation sont découpés en groupes de lourdeur : ils traduisent le poids économique lié aux caractéristiques du patient (âge, dépendance maximale du séjour et parfois antériorité chirurgicale).
4. Enfin, les groupes de lourdeur sont découpés en niveau de sévérité : ils traduisent le poids économique lié aux autres pathologies prises en charge et sont basés sur la présence d'actes ou de diagnostics considérés comme des complications ou morbidités associées (CMA).

Un séjour d'hospitalisation complète ou un RHA d'hospitalisation à temps partiel est ainsi classé successivement dans :

- Une des 15 catégories majeures (CM), correspondant le plus souvent à un système fonctionnel
- Un des 92 groupes nosologiques (GN), décrivant le plus souvent la pathologie principale
- En hospitalisation complète,
 - o Un des 222 groupes de réadaptation fonction de la nature et de l'intensité de la prise en charge
 - o Un des 575 groupes de lourdeur fonction de l'âge, de l'antériorité chirurgicale et des scores de dépendance physiques et cognitifs
 - o Un des 1 144 GME selon le niveau de sévérité 1 ou 2 définie en fonction de la présence d'actes ou de diagnostics considérés comme complications ou morbidités associées (CMA)
- En hospitalisation partielle,
 - o Un des 170 groupes de réadaptation fonction de l'intensité de la prise en charge
 - o L'hospitalisation partielle n'étant pas découpée selon la lourdeur (lourdeur unique = « A ») et la sévérité (niveau de sévérité unique = « 0 »), les 170 groupes de réadaptation correspondent à 170 GME d'hospitalisation partielle.

La version 2026 de la classification est ainsi fondée sur 1 314 GME :



Exemple de GME d'hospitalisation complète :

1006TB2 : « Obésités / HC Réadaptation globale Niveau B-2 : phy[9-16] - avec sévérité »

Exemple de GME d'hospitalisation partielle :

0878IA0 : « Ostéopathies / HTP Réadaptation très intensive »

Les 2/3 de l'activité de pédiatrie est prise en compte dans les groupes de réadaptation H pour l'hospitalisation partielle et P pour l'hospitalisation complète.

Dans le cas où les effectifs n'étaient pas suffisants pour créer un groupe dédié, les séjours de pédiatrie ont été classés dans les groupes de réadaptation I (très intense) pour l'hospitalisation partielle et S (spécialisée) pour l'hospitalisation complète.

Pour plus de détail, se reporter au manuel des GME disponible sur le site internet de l'ATIH : <https://www.atih.sante.fr/smr/classification-medico-economique>

4. ANNEXE 4 : Qu'est-ce que l'ERE ?

Le calcul de l'ERE prend en compte les variables utilisées dans le calage au travers des résidus U_{ij} (où i correspond à l'établissement et j correspond au séjour ou à la journée) de la régression multiple des coûts C_{ij} sur l'ensemble des variables de calage. La régression est réalisée GME par GME. Pour un GME donné, la régression est effectuée sur l'ensemble des séjours/journées de l'échantillon de l'ENC (tous les types d'établissement apparaissent donc dans la même régression).

$$\text{Soit } U_i = \sum_{j \in i} U_{ij} \text{ et } \overline{U}_h = \frac{1}{m_h} \sum_{i \in h} U_i.$$

où : m_h est le nombre d'établissements du type h dans l'échantillon de l'ENC,

La variance estimée du coût moyen se formule de la façon suivante :

$$\hat{V} = \frac{1}{N^2} \sum_h \left(1 - \frac{m_h}{M_h}\right) \frac{M_h^2}{m_h(m_h - 1)} \sum_{i \in h} (U_i - \overline{U}_h)^2,$$

où : N est le nombre de séjours/journées par GME dans la base nationale,

m_h est le nombre d'établissements du type h dans l'échantillon de l'ENC contribuant au GME,

M_h est le nombre d'établissements du type h dans la base nationale contribuant au GME.

Le nombre d'établissements de type CHU n'étant pas suffisant pour traiter ce type à part entière (il n'y a qu'un seul CHU dans l'échantillon 2017), les types CH et CHU ont été regroupés pour le calcul de la variance.

Il est important de noter que les variables de régression mobilisées pour le calcul des résidus U_{ij} ne sont pas les mêmes pour tous les GME puisque les variables de calage sont propres à chaque GME.

Pour chaque GME, l'ERE est définie comme :

$$ERE = \frac{\sqrt{\hat{V}}}{\hat{C}}$$

où $\hat{C}$ est le coût moyen estimé du GME. Exprimée en pourcentage, l'ERE permet d'apprécier l'incertitude relative qui entoure l'estimation du coût moyen du GME. Cette incertitude est mesurée grâce à l'intervalle de confiance qui se calcule ainsi :

$$[\hat{C}(1 - 1,96.ERE); \hat{C}(1 + 1,96.ERE)]$$

Plus l'ERE est élevée, plus l'intervalle de confiance est large. Pour une estimation de bonne qualité avec une ERE très faible, l'intervalle de confiance sera assez resserré.

Concrètement, le vrai coût a 95% de chances d'être compris dans cet intervalle de confiance.

À noter qu'il n'est pas possible d'estimer l'erreur d'échantillonnage dans les 2 cas suivants :

- GME entièrement produit par un unique établissement ou
- GME produits par 2 établissements de 2 types différents.