

COMITÉ TECHNIQUE SMR Activité

Compte-rendu de réunion

Date : 10 DECEMBRE 2025

Heure : 14h00-17h00

PARTICIPANTS

FEHAP : • J-P. HELYE • M. PANZU FHF : • P. METRAL • D. NIDEGGER • I. HORRER • N. de HESSELLE UNICANCER : • Excusés FHP-SMR : • T. RODITIS • E. NOEL Croix Rouge Française • V. NOEL	UGECAM : • S. THEOBALD FILIERIS : • Excusé SOFIME : • A-S. LOT DREES : • Excusé CNAM : • Excusé 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 • V. PISETTA
--	--	---

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

CSAR :

- Calendrier général
- Information médicale
- Classification
- Programme de travail 2026

Sévérité :

- Bilan 2025
- Suite des travaux

Autres thèmes :

- Plateau technique externalisé
- Activités d'expertise
- Téléréadaptation

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.

En début de séance, les représentants de la FHP-SMR expriment leurs inquiétudes concernant la mise en œuvre de la téléadaptation et soulignent la nécessité d'une notice technique précisant les règles de réalisation et de financement de cette pratique.

La FHF, pour sa part, réaffirme son intérêt pour les travaux relatifs à la réadaptation pédiatrique.

L'ATIH prend note de ces demandes.

CSAR

1. CALENDRIER GENERAL

L'ATIH présente le calendrier général des travaux SMR. La perspective envisagée est celle de la fin du CSARR et l'utilisation du seul CSAR en 2027, sans changer le mécanisme actuel, puis l'application du modèle cible CSAR en 2028.

En 2026, le programme de travail évoluera autour de 3 thèmes : le CSAR avec le volet suivi du recueil et le volet détermination du modèle cible, les sévérités, et l'information médicale SMR avec notamment les activités d'expertise, les plateaux techniques spécialisés et la téléadaptation.

2. INFORMATION MEDICALE

L'ATIH présente les premiers retours quantitatifs et qualitatifs du codage en CSAR, possible depuis avril 2025. Du point de vue quantitatif, le CSAR n'est utilisé que par une vingtaine d'établissements, dont deux ne codant plus en CSARR. Du point de vue de la qualité, les consignes de recueils semblent globalement respectées. Le codage du modulateur de temps pour les actes éligibles est faible. Pour rappel, ce modulateur est une nouveauté du CSAR. Concernant les intervenants attendus par actes, certains intervenants codent une proportion importante d'actes pour lesquels ils ne sont pas attendus. Une analyse des actes codés par ces intervenants a été menée. La FHP-SMR et la FHF précisent que le codage d'actes attendus uniquement par le médecin est parfois l'objet de réticences de la part des équipes de terrain. Ce travail d'analyse quantitative et qualitative du codage CSAR est à poursuivre. L'analyse des actes codés par des intervenants non attendus pourra aider le travail d'élaboration de cette liste d'actes attendus par intervenant par le comité de suivi.

Le retour des fédérations sur la disponibilité d'un outil de codage CSAR et l'utilisation du CSAR au sein de leurs établissements est sollicité. La FHP-SMR annonce avoir des retours satisfaisants, malgré une complexité du recueil du modulateur de temps. La SOFIME relève l'utilité de la liste des intervenants attendus par actes afin de faciliter la création d'un thésaurus par intervenant. La FHF précise qu'aucun de ses éditeurs ne met actuellement à disposition un outil de codage en CSAR. Enfin, la FHP partage son inquiétude quant à la mise à disposition d'un tel outil par les éditeurs pour l'ensemble des établissements, avant la mise en application du CSAR comme seule nomenclature d'acte de réadaptation. Elle demande donc qu'un point d'étape dédié soit réalisé au 1^{er} trimestre de l'année 2026.

3. CLASSIFICATION

Comme présenté lors du précédent Comité Technique SMR du 2 juillet 2025, il est nécessaire de définir les caractéristiques des actes CSAR afin d'utiliser cette nouvelle nomenclature comme référence dans le modèle cible. Ces travaux incluent la détermination des pondérations des actes et de leur caractère spécialisé, l'évaluation de la prise en charge des modulateurs et des intervenants attendus, ainsi que l'adaptation des seuils des groupes de réadaptation.

L'ATIH présente les avancées des travaux concernant les pondérations des actes individuels et des actes spécialisés, réalisées en interne et en collaboration avec le groupe de travail CSAR lors du deuxième semestre 2025. Les résultats définitifs des travaux du GT CSAR seront communiqués lors du prochain Comité Technique SMR.

Suite à ce point, la SOFIME interroge la pertinence des groupes spécialisés au regard de la réduction du nombre d'actes CSAR et spécialisés.

La FHP-SMR souhaite approfondir en interne la question d'un éventuel changement de classification.

La FHF considère que le sujet ne doit pas être écarté, mais qu'il est encore trop tôt pour une analyse complète. Elle recommande de suivre la capacité de la classification à discriminer les séjours spécialisés avec la nouvelle nomenclature et d'adapter les outils actuellement disponibles.

L'ATIH présente la proposition de pondération des actes collectifs, déjà élaborée et présentée lors du CT SMR 2023.

Pour rappel, avec la classification v2022, la pondération des actes collectifs a été basée sur le temps intervenant dans un premier temps, avant de passer au temps patient, à la suite d'une demande de médicalisation de la classification.

En 2023, une demande de rééquilibrage des pondérations entre actes individuels et collectifs a été formulée.

La proposition pour le modèle cible CSAR prévoit que la pondération des actes individuels reste basée sur le temps patient, alors que pour les actes collectifs, elle repose sur un compromis entre le temps patient et le temps intervenant. Dans ce cadre, la pondération des actes collectifs serait alignée sur celle d'une séance individuelle.

La FEHAP exprime son accord avec la proposition.

La FHF souhaite distinguer la description et la tarification des actes. Elle alerte sur un risque de manque de cohérence si les tarifs ne reflètent pas la consommation réelle des ressources. Pour elle, la pondération devrait se rapprocher de la pratique économique, mieux décrite par le temps intervenant.

La SOFIME exprime son accord avec cet avis.

La FHF indique que l'acte individuel devrait rester plus incitatif et souhaite revoir le sujet en interne.

Un retour sur le sujet sera demandé aux fédérations d'ici le premier semestre 2026.

L'ATIH présente le calendrier de finalisation des travaux relatifs à la prise en compte des actes CSAR dans la classification. Une étude d'impact intégrant l'ensemble des paramètres est prévue entre 2026 et 2027.

SEVERITE

Le projet de refonte des sévérités a été poursuivi en 2025 en axant les travaux sur la diffusion du modèle et la pédagogie autour des nouveautés.

Deux outils sont ainsi mis à disposition des établissements :

- Un logiciel spécifique permettant le groupage des séjours des établissements dans le nouveau modèle (avec les identifiants des séjours des établissements) : https://www.atih.sante.fr/modal_forms/nojs/connect/lot/4161
- Des casemix avant/après déposés sur la plateforme e-transfert de l'ATIH : <https://etransfert.atih.sante.fr/>

Ces outils sont disponibles pour l'ensemble des établissements. Une mise à jour a eu lieu fin novembre pour corriger des bugs : certains utilisateurs ne voyaient pas les données sur e-transfert.

Un webinaire a eu lieu pour présenter les nouveaux modèles ainsi que les outils. Celui-ci a donné satisfaction et les participants souhaitent que ce type d'échange puisse être renouvelé.

En 2026, les outils seront mis à jour, notamment pour intégrer le M12 2025.

Par ailleurs, des travaux complémentaires seront menés pour améliorer le nouveau modèle de sévérité.

Un Groupe de travail sera organisé pour échanger sur les évolutions possibles.

L'ATIH précise que pour toutes questions sur les outils ou les modèles, une adresse mail est disponible : projet-refonte-severites@atih.sante.fr

AUTRES THEMES

1. PLATEAU TECHNIQUE EXTERNALISE

Depuis mars 2025, l'association du modulateur de lieu L3 et d'un modulateur de technicité, dans le recueil d'un établissement A, permet l'identification du recours par cet établissement A au plateau technique spécialisé (PTS) d'un établissement B. L'évaluation du taux de recours à ces PTS externalisés a été demandée afin d'envisager le recueil de cette activité par l'établissement B. L'ATIH dresse le constat que ce recours est extrêmement minoritaire, ne concernant presque qu'un établissement, pour un recours à la balnéothérapie. La FHF, la FHP-SMR et la Croix Rouge Française expliquent ce faible recours par la complexité d'organisation que cela représente pour les équipes en plus d'une complexification du codage pour les DIM. La FHF incite à poursuivre ces travaux avant de statuer sur une pérennisation (ou non) du processus.

La mise en place d'une alerte Ovalide, afin de signaler les établissements ayant recours à un PTS pour lequel ils n'ont pas d'autorisations, sans la mention du lieu L3 est évoquée. Le FEHAP est en accord avec cette proposition. La FHF demande qu'une vigilance soit portée avant la mise en place de cette alerte, concernant les établissements disposant d'un PTS financé par un autre biais que l'autorisation ARS.

2. ACTIVITES D'EXPERTISE

En 2024, à la suite de la révision du régime des autorisations des activités de SMR, la notion d'activité d'expertise est introduite. Deux variables peuvent être recueillies dans les RHS afin d'identifier la prise en charge dans une activité d'expertise (variable « type d'unité spécifique » et variable « type d'autorisation de lit identifié »). Le recours aux activités d'expertises représente un surcoût. Le repérage des patients relevant d'une prise en charge en activité d'expertise n'est actuellement possible que pour certaines d'entre elles. Un travail est donc à mener pour permettre de repérer et tracer toutes les activités d'expertise à partir de variables présentes dans le PMSI.

La FHF et la SOFIME demandent que ces travaux soient aussi menés afin de repérer plus correctement les patients relevant d'activités d'expertises déjà identifiables. La FHF demande que soit reconnues comme activités d'expertises certaines prises en charges spécialisées en gériatrie, en pédiatrie et en UCC.

La FHF et la SOFIME signalent la problématique de la valorisation des ateliers d'appareillage en dehors de l'AE Amputés : avec la simplification du CSAR, les actes de fabrication ne sont plus recueillis en SMR.

3. TELEREADAPTATION

La téléreadaptation est un dispositif de prise en charge créé en 2020 dans le cadre de la crise Covid-19. Jusqu'à présent, la réalisation d'au moins 3 interventions différentes par deux professionnels de santé différents sur une semaine calendaire est nécessaire afin de pouvoir considérer une prise en charge à distance comme relevant de la téléreadaptation. Un groupe de travail a conduit en 2023 et 2024 à confirmer que cette prise en charge intervient en complémentarité d'une prise en charge en hôpital de jour et que sa réalisation implique la réalisation de deux actes par deux professionnels différents, au cours d'une même journée de prise en charge. Un cahier des charges est en cours de rédaction par la DGOS. La mise en cohérence des consignes de recueil fera suite à sa publication.

La DGOS précise l'origine du retard de publication du cahier des charges, notamment dû au passage dans le droit commun de prises en charges issues d'expérimentations dans le cadre de l'article 51, complexifiant la mise en conformité du cahier des charges.

La FHP-SMR demande que soient reclarifiées dans une notice dédiée les conditions de financement des établissements dans le cadre de la téléreadaptation. La FHF, la FHP-SMR, la FEHAP et l'UGECAM demandent si la téléreadaptation relève uniquement d'activités synchrones. La DGOS précise que la prise en charge pourra être mixte, mais ne peut pas être uniquement asynchrone et que ces éléments seront précisés dans le cahier des charges.