

18 & 19 juin 2026



DOTATIONS POPULATIONNELLES EN SMR : DU CALCUL NATIONAL À LA GESTION RÉGIONALE, QUELLE BOUSSOLE ?

P.MÉTRAL

18/06/2026

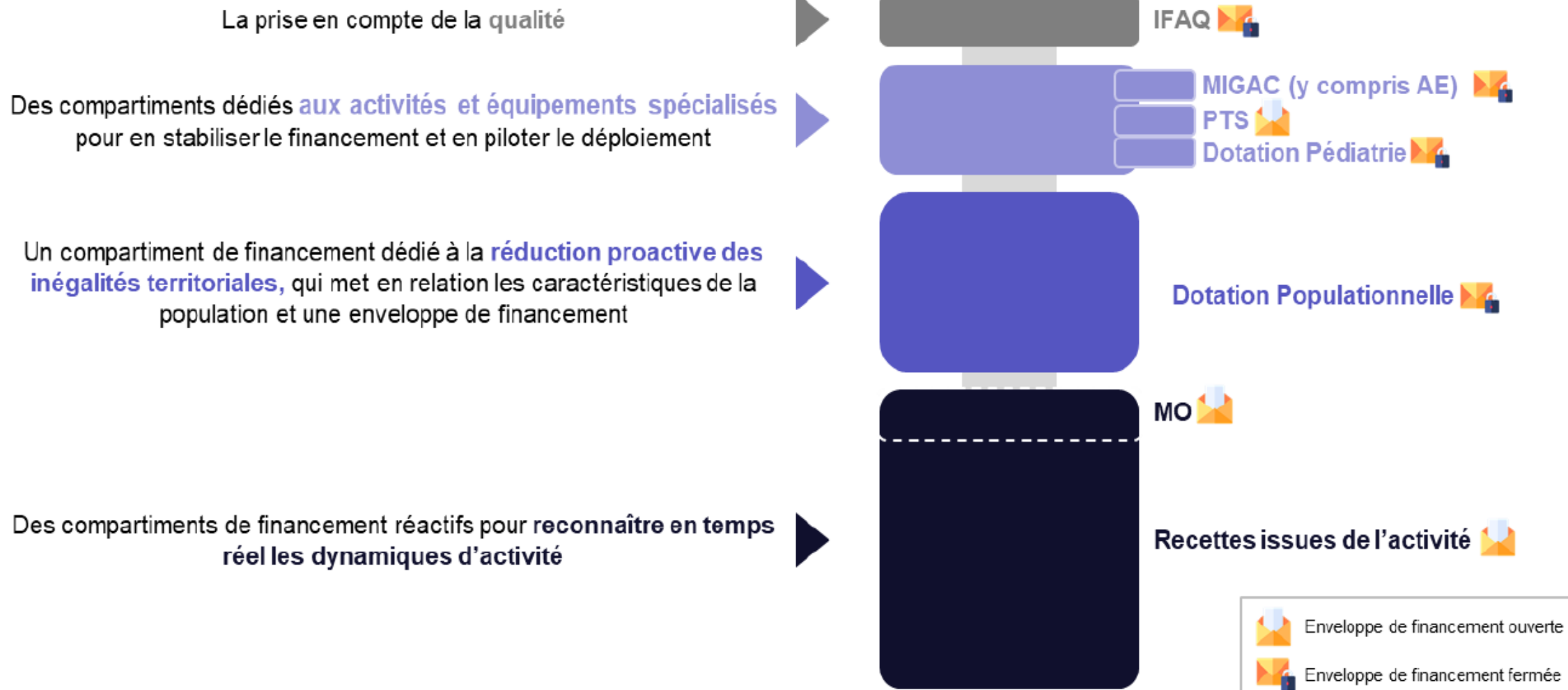
P.MÉTRAL

HCL
HOSPICES CIVILS
DE LYON

PMSI SMR ET MODÈLE DE FINANCEMENT SMR

Combinaison des modalités

2



CONTEXTE ET PRINCIPES ISSUS DES ANNONCES DU **SÉGUR DE LA SANTÉ EN JUIN 2020**

BASÉ SUR **UNE APPROCHE DU BESOIN**
VIA LES **CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION**
ON NE TIENT PAS COMPTE DE 'ACTIVITÉ
ON EST DANS UNE **LOGIQUE DE CAPITATION**

*L'ÉVOLUTION DES CRITÈRES DE LA POPULATION DOIT ÊTRE PRIS EN COMPTE DANS
L'ÉVOLUTION FINANCIÈRE DE LA DOTATION POPULATIONNELLE.*



MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction générale
de l'offre de soins

Réformes du financement

Note méthodologique Dotation Populationnelle

Dotation populationnelle

Séjour de la santé- 10 juin 2020

Didier Guidon

4

Le concept de la dotation populationnelle

La dotation populationnelle est un modèle d'allocation des ressources fondé sur une quantification des besoins de santé

Les besoins sont approchés par les caractéristiques des populations et de leurs environnements. Il n'est pas tenu compte des effets d'offre ou de structures.

C'est une approche voisine/cousine de la capitation



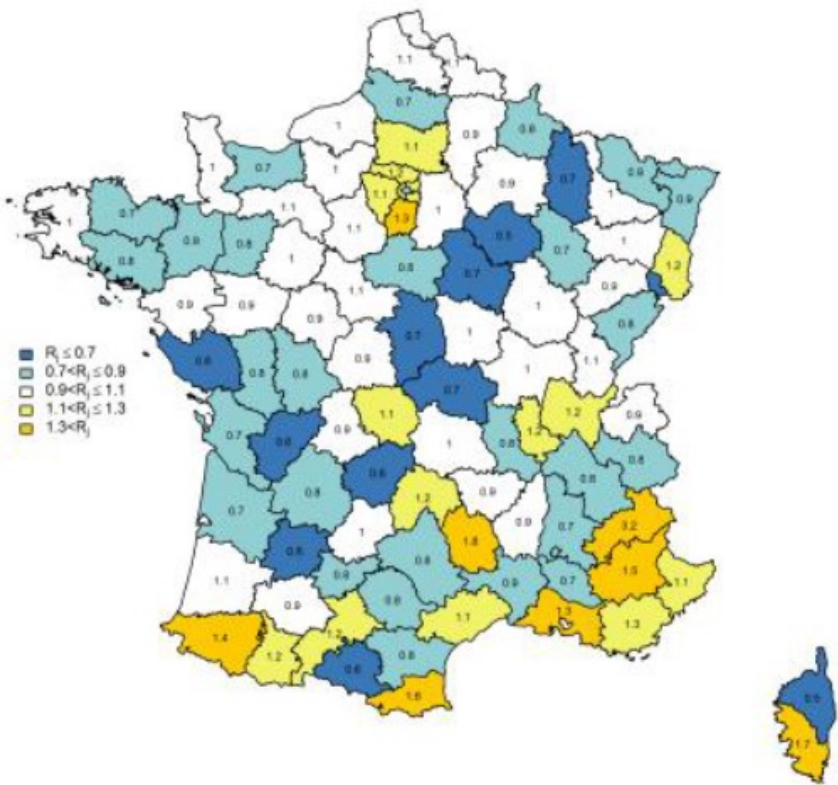
Des critères populationnels ont été utilisés en France pour allouer des ressources hospitalières aux ARH entre 1997 et 2002



La densité d'équipement standardisée varie de 1 à 4 entre les départements les moins dotés et les départements les plus dotés

Rapports entre les densités départementales standardisées de capacités d'accueil en SSR et la densité nationale, en 2016

Source : DREES - Les soins de suite et de réadaptation entre 2008 et 2016



- Lecture > En 2016, le département du Rhône possède 1,2 fois plus de lits et places par habitant que la moyenne nationale, à structure démographique identique.
- 19 départements métropolitains présentent un écart de densité d'équipement par rapport à la moyenne nationale de +/- 30%
- 62 départements métropolitains présentent un écart de densité d'équipement par rapport à la moyenne nationale de +/- 10%

Mais est-ce problématique ? Le taux d'équipement a-t-il une influence sur l'accès aux SSR ?

LA DOT. POP. DANS LES TEXTES DE LA RÉFORME

6

DÉCRET N° 2022-597 DU 21 AVRIL 2022 RELATIF À LA RÉFORME DU FINANCEMENT DES ACTIVITÉS DE SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION

● Décret 2022-597

- a) Le montant populationnel tenant compte de **critères relatifs aux caractéristiques démographiques et à l'état de santé de la population de la région**. **Ces critères et leur pondération sont définis par arrêté** des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale;

● Article R162-34-9

- I.-Après la publication de l'arrêté mentionné au II de l'article R. 162-34-4, le DG ARS arrête pour chaque établissement les montants :
 - 1° De la **dotation forfaitaire issu du montant populationnel** mentionné au 1° du II de l'article R. 162-34-4 dans les conditions fixées au I de l'article R. 162-34-10 ;

● Article R162-34-10

- I.-Le montant mentionné au 1° du I de l'article R. 162-34-9 est réparti entre établissements de santé de la région en tenant compte de l'offre hospitalière existante, sur la base de critères fixés au niveau régional par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis de la section du comité mentionnée au 3° de l'article R. 162-29-3, notamment à partir d'une liste de critères arrêtée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les critères régionaux ne prennent pas en compte les données d'activité.

● **Instruction 2026/72 du 8 juin 2026**

- *Elle expose la méthodologie retenue ainsi que les principes généraux encadrant la répartition de la dotation populationnelle entre les régions et, au sein de celles-ci, entre les établissements de santé autorisés à exercer une activité de SMR.*

DOTATION POPULATIONNELLE (INSTRUCTION 8 JUIN 2026)

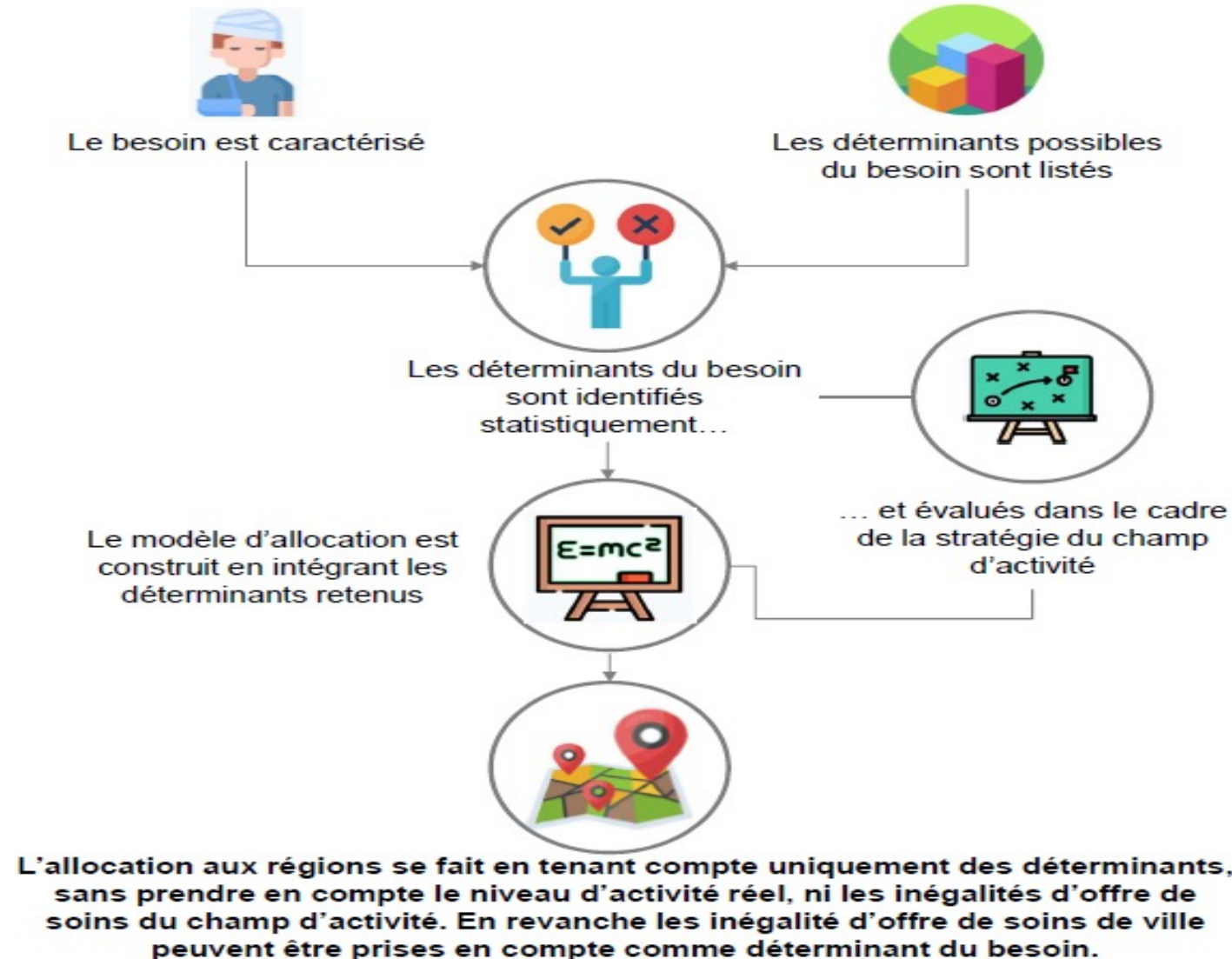
7

LIEN AVEC LE BESOIN / CRITÈRE DE POPULATION

- Cette dotation identifie la dotation populationnelle SMR, tenant compte de **critères relatifs aux caractéristiques démographiques** et à **l'état de santé de la population** de la région
- Volet proximité : population et nb séjours MCO
- Volet recours infra-régional pour 5 composantes spécialisées

CALCUL DE LA DOT.POP.

La séquence de construction de la dotation populationnelle part du besoin du champ d'activité concerné, caractérisé par territoire, pour identifier les déterminants et construire le modèle d'allocation



Plusieurs outils statistiques peuvent être utilisés pour caractériser la relation entre le besoin et ses déterminants. Le modèle mathématique doit permettre de mettre en relation

Une variable quantitative Y dite à expliquer...
c'est la variable qui décrit le mieux le besoin

... est mise en relation avec des variables quantitatives $X_1, \dots, X_p$ dites explicatives ...
ce sont les variables qui expliquent le mieux le besoin

... pour établir avec le plus de précision possible la relation entre les valeurs observées de Y par département et les valeurs observées des variables X
c'est la relation mathématique entre le besoin et ses déterminants

$$y_i = a_0 + a_1 x_{i,1} + a_2 x_{i,2} + \dots + a_p x_{i,p} + \varepsilon_i ; i = 1, \dots, n$$

COMMENT ÇA MARCHE AU NIVEAU NATIONAL ?

9

1 - analyse des **caractéristiques de la populations** et des raisons de son recours au système de santé - Analyse départementale

2- **Définition du modèle** qui permet d'expliquer le mieux possible les **écarts de recours**

3 - **Allocation** des ressources aux régions

4 - **construction du modèle régional**

5 - **allocation aux structures**

● En SMR

1-Dotation Populationnelle = env 40% du financement

2-Critères explicatifs des **écarts inter départementaux** frustre et peu performants (%pop >65a, niveau d'activité MCO) PVE très faible 17%

3-Permet de réduire part significative des écarts entre régions en 5 ans

La caractérisation des besoins – *la variable à expliquer*

Proposition finale de structuration en volets de la DotPop

		Volume de patients 2019
Volet Proximité HC Adultes		651 993
Volets recours infra-régional HC Adultes	Volet Recours infra-régio #1 – Neurologie	26 152
	Volet Recours infra-régio #2 – Locomoteur	13 190
	Volet Recours infra-régio #3 – Cardio-respi	54 825
	Volet Recours infra-régio #4 – Métabolique	29 196
	Volet Recours infra-régio #5 – Autres	77 817
Volet HTP Adultes + Enfants		433 895
Volet HC Pédiatrie		23 249

Certains de ces volets pourront être regroupés si l'on constate que les déterminants sont similaires

Les prochaines étapes

- Identifier les déterminants pertinents et construire le modèle reliant besoin et déterminants par volet
- Déterminer le poids de chaque volet dans la DotPop
- Déterminer les règles d'allocation en infra-régional

Les déterminants du besoin – *les variables explicatives*

Les variables explicatives

Description de la population

- Structure d'âge
- Niveau de vie / Précarité

Description de l'état de santé des populations

- Prévalences des conditions « génératrices » de réadaptation
- Espérance de vie
- Taux d'ALD

Description des activités de santé générant un besoin en SSR

- Activité des acteurs MCO sur certains actes / séjours (par ex : nb de séjours chirurgicaux, nb de séjours pour des personnes de plus de 75 ans,...)

Description de l'offre et du recours aux soins sur le territoire

- Conditions d'accès à l'offre de hospitalière et de ville pour les habitants du territoire (effectifs de professionnels, distance,...)
- Structuration du secteur médico-social et part la population concernée

Autres

- Par exemple : pour les urgences, l'activité touristique a été intégrée dans les variables explicatives
- Quelle variable candidate pour expliquer l'activité de recours ?
- ?

Description de l'état de santé des populations

14

Les variables testées dans le modèle des urgences

- Part des personnes prises en charge au titre d'une ALD en 2018 → à différencier
- Taux de mortalité standardisé par l'âge (en %)

Les variables proposées en séance

- Eléments sur les polypathologies en SSR
- Taux de médecins traitants disponibles sur le territoire – réflexion à avoir sur les différents métiers liés au SSR (kiné, orthophonistes,...) (proposé en séance)
- Recours au PRADO (proposé en séance)
- Part de patients en situation de handicaps : taux d'AAH (proposé en séance)
- Nombre d'orientations prononcées par la MDPH (proposé en séance)
- GIR moyen (proposé en séance)
- Taux d'APA (proposé en séance)
- Insularité / isolement social (proposé en séance)
- Taux de précarité / pauvreté / isolement → voir séminaire EY (proposé en séance)
- Taux d'alcoolisme (proposé en séance)
- Taux de tabagisme (proposé en séance)
- Taux d'AVC par habitant (proposé en séance)
- Délais de prise en charge par les UNV (proposé en séance)
- Accidentologie routière (proposé en séance)
- Nombre de B par territoire de santé (proposé en séance)
- Nombre de personnes de plus de 75 ans qui vivent seules (proposé en séance)

Le besoin est décrit par le nombre de patients pris en charge en SSR

	Avantages	Inconvénients
Journées	• Décrit précisément le besoin en lits/places	• Embarque dans l'analyse toutes les journées « non pertinentes » et les défauts de structuration de filière générateurs de journées
Séjours	• Unité de compte identique à la valorisation de l'activité • Limite les biais liés à un recours non pertinents en SSR • Semble plus équitable en limitant les effets liés aux organisations des établissements et/ou aux pratiques médicales locales • Permet de donner plus de sens médical à la Dotation Populationnelle	• Biais de codage et de définition administrative des séjours • Limite la possibilité de voir ressortir les critères qui causent un allongement des durées de séjour
Patients	• Idem séjours • Donne des corrélations statistiques plus élevées que l'analyse séjour • Supprime les biais de de codage et de définition administrative des séjours • Permet de donner plus de sens médical à la Dotation Populationnelle en construisant le discours à partir du taux de recours	• Idem séjours


 Dans ce premier temps d'analyse, les données de besoin sont utilisées en ratio / habitant afin de neutraliser l'effet de la taille de population

Distinction HTP / HC

- Les premières analyses ont fait apparaître des corrélations et des modélisations différentes selon qu'on utilise le nombre de séjours ou de patients comme donnée descriptive du besoin
- Après instruction, ces différences s'estompent si l'analyse est distinguée entre HC et HTP
- Ils semblent donc que le besoin de SSR en HC ou en HTP ne répondent pas aux mêmes déterminants ce qui justifie de les distinguer dans des volets différents

Rappel méthodologique : les données d'activité sont uniquement utilisées pour identifier les déterminants, et non comme vecteur de financement

- La démarche de construction du modèle DotPop débute par la caractérisation du besoin : le choix a été fait **d'utiliser les données d'activité comme variable permettant d'approcher le besoin**
 - L'utilisation des données d'activité comme approximation du besoin est imparfaite et embarque de fait dans les données descriptives du besoin un effet structure
 - Néanmoins, ce sont les données les plus objectives à disposition. Afin d'éviter les biais, les déterminants du besoin issus des premières analyses statistiques seront systematiquement évalués par le groupe de travail
 - L'objectif : les données d'activité servent uniquement à sélectionner les déterminants les plus explicatifs du besoin en SSR
- Une fois les déterminants sélectionnés, **les données d'activité ne sont plus utilisées**
 - L'allocation finale se fera uniquement sur la base d'un besoin théorique, calculé à partir des déterminants
- Suite à la dernière séance : **utilisation des données d'activité regroupées par GN plutôt que par UM**

TEXTES ET CALCUL DOT. POP.

ARRÊTÉ DU 26 MAI 2023 DÉFINISSANT LES CRITÈRES ET LES PONDÉRATIONS DU MONTANT POPULATIONNEL MENTIONNÉ À L'ARTICLE R. 162-34-4 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ET LA LISTE DE CRITÈRES MENTIONNÉE À L'ARTICLE R. 162-34-10 DU MÊME CODE - NOR : SPRH2314471A

18

- Art. 2. – o I. – Le montant populationnel mentionné au a du 1 **Un volet « proximité »**
- o du II de l'article R. 162-34-4 du code de la sécurité sociale est fonction notamment de l'évaluation résultant de deux volets :
- 1 2 o Un volet de **« recours infrarégionaux »** lui-même composé de cinq sous-volets :
 - un sous-volet « neurologie » ;
 - un sous-volet « locomoteur » ;
 - un sous-volet « métabolique digestif » ;
 - un sous-volet « cardio-respiratoire » ;
 - un sous-volet « autres ».
- II. – Pour chacun des volets, les **caractéristiques démographiques et d'état de santé de la population** ainsi que leur pondération sont fixées **en annexe 1** du présent arrêté.
- **Déclinaison régionale** : Art. 3. – Les critères mentionnés au I de l'article R. 162-34-10 du code de la sécurité sociale peuvent notamment être établis sur la **base des critères inscrits sur la liste figurant en annexe 2** du présent arrêté.

ANNEXE 1
LISTE DES CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES ET D'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION ET LEUR PONDÉRATION MENTIONNÉES AU A DU 1° DE L'ARTICLE R. 162-34-4 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Volet	Sous-volet	Caractéristiques démographiques et d'état de santé de la population	Pondération
Proximité		Part d'habitants âgés de 75 ans et plus au sein de la population de la région	2,07
		Nombre d'infirmiers diplômés d'État par habitant de la région	1,4
		Nombre de séjours d'hospitalisation complète en établissement exerçant l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique par habitant de la région	1,03
		Nombre de places en services de soins infirmiers à domicile par habitant de la région	0,81
Recours infra-régionaux	Neurologie	Nombre d'habitants de la région victimes d'accidents vasculaires cérébraux aigus	0,336
		Nombre d'habitants de la région atteints de paraplégies	0,168
		Nombre d'habitants de la région atteints de sclérose en plaques, de maladie de Parkinson ou d'autres affections neurologiques	0,076
		Nombre d'habitants de la région victimes d'accidents vasculaires cérébraux aigus ou atteints d'autres affections neurologiques	0,035
	Locomoteur	Nombre de patients pris en charge en hospitalisation complète en établissement titulaire d'une autorisation de médecine, chirurgie, obstétrique pour les groupes homogènes de malades 08C241 ou avec acte de la classification commune des actes médicaux de ligamentoplastie ou avec diagnostic principal de fracture de genou	0,098
		Nombre d'habitants de la région atteints d'artériopathie oblitérante ou de diabètes	0,0037
	Cardio-respiratoire	Nombre d'habitants de la région atteints de syndromes coronaires aigus	0,759
		Nombre d'habitants de la région atteints de cancer du poumon actifs	0,134
		Nombre d'habitants de la région atteints de maladies valvulaires	0,066
		Nombre d'habitants de la région atteints de maladies respiratoires chroniques	0,0139
	Métabolique-digestif	Nombre de patients pris en charge en hospitalisation complète en établissement de santé titulaire de l'autorisation de médecine, chirurgie, obstétrique avec un diagnostic principal, relié ou associé d'obésité	0,119
		Nombre d'habitants de la région atteints de maladies du foie ou du pancréas	0,0087
		Nombre d'habitants de la région atteints de diabètes	0,0038
	Autres	Nombre de patients atteints de troubles addictifs	0,0872

DÉCLINAISON RÉGIONALE DE LA DOT.POP.

1° Autres critères relatifs à des caractéristiques populationnelles

Catégorie de critères	Critère infrarégional
Indicateurs de population	Taux de natalité
	Taux de mortalité
Catégorie de critères	Critère infrarégional
	Nombre d'habitants
	Densité de population
	Indice de vieillissement
	Projection d'évolution de la population 2050 (par tranche d'âge)
	Taux de pauvreté
	Part des revenus d'activité
	Revenu net par foyer
	Part de la population vivant dans un logement en situation de suroccupation
	Indice de désavantage sociale (Fdep)
	Taux de chômage
	Indice de développement humain
	Part des personnes de 75 ans et plus vivant seules (%)
	Part des 75 ans et plus vivant dans un établissement pour personnes âgées (%)
Indicateurs d'accessibilité à l'offre de soins et d'équipement	Taux d'équipement médico-social
	Nombre de places dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées
	Densité de médecins généralistes libéraux
	Accessibilité Potentielle Localisée (APL) aux médecins généralistes libéraux
	Accessibilité Potentielle Localisée (APL) aux infirmiers libéraux
	Accessibilité Potentielle Localisée (APL) aux masseurs-kinésithérapeutes libéraux
	Temps d'accès à l'unité neurovasculaire la plus proche
Indicateurs d'état de santé	Taux standardisé de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire
	Taux standardisé de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire
	Taux standardisé de mortalité par maladies du système nerveux et des organes des sens

ART. 3. – LES CRITÈRES ...(RÉGIONAUX) PEUVENT NOTAMMENT ÊTRE ÉTABLIS SUR LA BASE DES CRITÈRES INSCRITS SUR LA LISTE FIGURANT EN ANNEXE 2 DU PRÉSENT ARRÊTÉ

19

2° Critères relatifs aux caractéristiques des établissements

Catégorie de critères	Critère infrarégional
Critères décrivant le profil d'activité de l'établissement	Description du case-mix de l'établissement par catégorie majeure et par groupe nosologique, niveau de réadaptation, lourdeur et dépendance
	Thématiques du projet médical ou d'établissement en cohérence avec le plan régional de santé
	Participation à un plan national de santé publique
	Taux de patients porteurs de bactéries hautement résistantes émergentes (BHRe)
	Taux de patients précaires dans le case-mix de l'établissement
Critères d'organisation	Taux d'occupation
	Initiatives et projets spécifiques développés en réponse aux besoins de santé
	Adéquation de la durée moyenne de séjour au case-mix de l'établissement
Critères d'implantation territoriale de l'établissement	Inscription dans les filières de prise en charge, par domaine d'activité et de pathologie
	Poids de l'activité de l'établissement sur l'activité totale du territoire-
	Zone de recrutement
Critères de stabilité financière	Montant issu de la part forfaitaire mentionné au I de l'article R. 162-34-10 du code de la sécurité sociale alloué l'année précédente

Le modèle sélectionné pour le volet de proximité

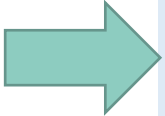
Modèle Volet de proximité	
P_75plus	2.08
HC_MCO_conso_hab	0.99
Nb_IDE_hab	1.51
tx_equip_SSIAD	0.81
Cstte	15,9
<i>R² ajusté</i>	<i>0.59</i>

Neutralisée
 Neutralisée


 « L'histoire racontée » est cohérente avec le besoin de proximité en SSR : L'allocation de ressources entre régions se fera en fonction de la structure d'âge et de l'activité de court séjour en tenant compte de la disponibilité des IDE et des places en SSIAD sur le territoire

RÉPARTITION NATIONALE

- Indicateurs nationaux
 - arrêté 26mai2023 révisé 27nov2024
 - **Dotation SOCLE + Rattrapage**
 - **Mesures Ségur / métiers**
- Arrêté du 27 novembre 2024**



En 2026 la circulaire budgétaire C1 consacre **4,4 Md €** à la Dotation Populationnelle

Volet	Sous-volet	Caractéristiques démographiques et d'état de santé de la population	Pondération
Proximité		Part d'habitants âgés de 75 ans et plus au sein de la population de la région	1,74
		Nombre d'infirmiers diplômés d'Etat par habitant de la région	1,3
		Nombre de séjours d'hospitalisation complète en établissement exerçant l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique par habitant de la région	1,05
		Nombre de places en services de soins infirmiers à domicile par habitant de la région	0,4
Recours infra-régionaux	Neurologie	Nombre d'habitants de la région victimes d'accidents vasculaires cérébraux aigus	0,296
		Nombre d'habitants de la région atteints de lésions médullaires	0,189
		Nombre d'habitants de la région atteints de sclérose en plaques, de maladie de Parkinson ou de myopathies ou myasthénies	0,092
		Nombre d'habitants de la région victimes de séquelles d'accidents vasculaires cérébraux ou atteints d'autres affections neurologiques	0,008
	Locomoteur	Nombre de patients pris en charge en hospitalisation complète en établissement titulaire d'une autorisation de médecine, chirurgie, obstétrique pour les groupes homogènes de malades 08C241 ou avec acte de la classification commune des actes médicaux de ligamentoplastie ou avec diagnostic principal de fracture de genou	0,091
	Cardio-respiratoire	Nombre d'habitants de la région atteints de syndromes coronaires aigus	0,701
		Nombre d'habitants de la région atteints de cancer bronchopulmonaire actif	0,114
		Nombre d'habitants de la région atteints de maladies valvulaires	0,053
		Nombre d'habitants de la région atteints de maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose)	0,01
	Métabolique-digestif	Nombre de patients pris en charge en hospitalisation complète en établissement de santé titulaire de l'autorisation de médecine, chirurgie, obstétrique avec un diagnostic principal, relié ou associé d'obésité	0,111
		Nombre d'habitants de la région atteints de maladies du foie ou du pancréas (hors mucoviscidose)	0,006
		Nombre d'habitants de la région atteints de diabètes	0,003
	Autres	Nombre de patients atteints de troubles addictifs	0,0536

LA DOTATION POPULATIONNELLE POUR LE SMR...

MISE EN ŒUVRE NATIONALE

- *UN ECHEC DE LA MODELISATION AU REGARD DE L'OBJECTIF ANNONCÉ DE 50% DE PVE*
- *UNE APPLICATION ENTRE LES RÉGIONS AVEC UNE ENVELOPPE SOCLE ET UNE ENVELOPPE DE RATTRAPAGE ET DES MESURES MÉTIERS*
- *UN VIRAGE PRAGMATIQUE POUR UNE SÉCURISATION INITIALE DE LA MISE EN ŒUVRE DU MODÈLE JUSQU'AUX ÉTABLISSEMENTS*
- *CRITÈRE APPLIQUÉ = % DE LA DÉPENSE ASS.MAL. 2022 COMPOSANTE HISTORIQUE EN TENTANT COMPTE DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE*

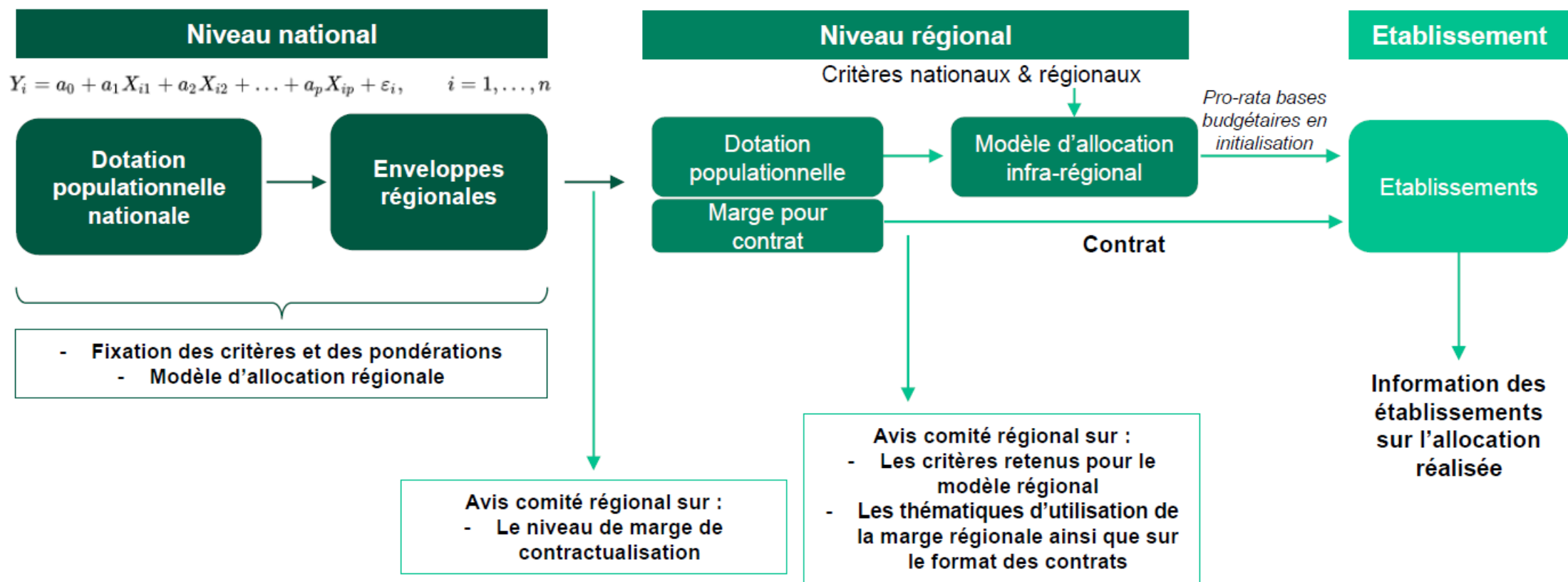
METHODE POUR L'APPLICATION EN RÉGION

QUELLE LIGNE DIRECTRICE ?

RIEN JUSQU'À L'INSTRUCTION DU 8 JUIN 2026

HCL
HOSPICES CIVILS
DE LYON

Rappel du schéma général de gouvernance de la dotation populationnelle jusqu'au niveau établissement



Les acteurs du SSR doivent définir ensemble les règles d'allocation de la DP en région, sur la base des objectifs stratégiques pour le secteur

Les décisions doivent être prises dans le cadre du COPIL SSR national

Décision n°1

Quelle augmentation de la Dotation Populationnelle

- Dans le cadre des échanges liés à la campagne budgétaire, le COPIL national se prononcera sur le taux d'augmentation de la Dotation Populationnelle en fonction des objectifs visés

Décision n°2

Quelle augmentation automatique de l'enveloppe de chaque région

- La part d'augmentation de la DP de chaque région, indépendamment du modèle d'allocation, pourra également être fixée

Décision n°3

Quelle marge de manœuvre déléguée en région

- La marge de manœuvre des acteurs en région s'incarnera selon 2 mécanismes
 - Obligation d'utiliser le modèle d'allocation national sur l'ensemble des paramètres (critères d'allocation, poids de chaque critère)
 - Existence d'une marge de contractualisation

INSTRUCTION DOT.POP. EN RÉGION = LIBERTÉ AUX DG-ARS

26

« DIALOGUE STRATÉGIQUE »- AVIS CONSULTATIF DES CCAR-SMR

- Doit **répondre à un besoin populationnel identifié** (*instruction 8 juin 2026*)
 - Les besoins de santé sont au centre de la réflexion (PRS ?)
 - Tenir compte de l'historique
 - Structurer une offre PERENNE et sécuriser de manière pluriannuelle le financement
 - Liste de critères définis par le DG-ARS – (cf arrêté 26 mai 2023)- nb limité
 - Le CCAR est consulté
 - Application à tous les territoires de manière homogène
 - Tenir compte ds flux entre territoires
 - Rappel Dotation Socle + dotation de rattrapage par territoire
- Outils d'aide à la décision (simulateur) mis à disposition DG-ARS
 - 5étapes successives

LE SIMULATEUR (INSTRUCTION 8/6/26)

27

- La Simulation est indicative
- Tenir compte de l'offre existante
- Assurer une continuité des financements
- Révision possible :
 - **Ne pas déséquilibrer l'offre existante**
 - sur la base de **critères OBJECTIFS**
 - en **Trajectoire pluriannuelle – rythme soutenable**
 - Des **objectifs stratégiques d'évolution de l'offre**

UTILISATION DU SIMULATEUR DE DOT. POP. SMR

28

AUCUN CARACTÈRE OBLIGATOIRE- USAGE FACULTATIF – CRITÈRES MODULABLES

- Etape 1: la population de la zone géographique et ses critères
- Etape 2 : Financement par zone selon la population
- Etape 3 : Tenir compte de la complexité des soins et la pondération des mentions des établissements
- Etape 4 : coefficient par établissement
- Etape 5 : répartition aux établissements de la zone géogr.
- Etape 6 : choix final du montant ,
 - seul point dont la publication est obligatoire
 - Les étapes précédentes peuvent rester secrètes

INSTRUCTION ET CCAR SMR

COMITÉ CONSULTATIF D'ALLOCATION RÉGIONAL – VOLET SMR

- Consulter le CCAR SMR sur les **objectifs de transformation de l'offre** tels qu'ils sont mentionné dans le CPOM ARS-Ministère
- Avis sur les critères *(15 jours avant délégation aux établissements)*
- Ne se prononce pas sur les montants alloués/ établissement
- Prévoir un calendrier de travaux pour un examen approfondi des critères (si besoin un GT)
- documents utiles transmis avant la réunion CCAR
- Accompagnement ANAP pour les ARS
- Suivi national sera mis en place

QUELLE TRANSPARENCE ?

30

UNE BOITE NOIRE ...

- Aucune consultation sur l'outil et ses paramètres
- Aucune transparence pour le moment (pas diffusé)
 - Coefficients ,
 - Complexité des UM et des mentions
 - Guide d'utilisation (non diffusé)
- Pas de mise à disposition de l'outil pour les fédérations et les établissements

GESTION DE LA DOT.POP. EN RÉGION

31

LE GRAND CHAOS – OÙ EST LA DGOS ? – QUELLE POLITIQUE DES ARS ? – LES CCRAR ET LA POLITIQUE

- Un calcul initial opaque (poids étab / dotation régionale ?)
- Un principe de concertation et d'autodétermination posé dans les textes
- **Avant le 8 juin 2026 aucun cadrage national, absence** complète de pilotage national et d'accompagnement : quels principes ? Quelles proportions ?
- **Aucun outillage** pour les 3 premières années (**avant juin 2026**)
- Des régions livrées à elles même, démunies
- Pas de politique maîtrisée en région => parfois délivrance des autorisations, mentions, ActExpertise et PTS **déconnectés des moyens de financement** (d'où vient l'argent ?)
- **Objectif de transformation de l'offre rarement affiché par les DG-ARS**
- **Des opérateurs techniques qui ne maîtrisent pas la construction de la réforme, ses principes et le cadre budgétaire** (pas de guidage avant l'instruction 8 juin 2026)
- => des travaux « techniques » sans contexte, sans cadre préétabli, décorélés des ressources disponibles => parfois remise en question possible de la moitié de la dotation attribuée depuis 3 ans

LA DOTATION POPULATIONNELLE SMR EN RÉGION

32

LES PRINCIPES DE LA RÉFORME QUI DEVRAIENT ÊTRE RESPECTÉS

- Vocation de **stabilité, pérennité** et de prise en compte de l'historique
- **Distinction des enveloppes** exDGF/exOQN : ce n'est pas la même activité ! La classification n'a que 20% de part de variance expliquée, sélection adverse par Via Trajectoire, analyse détaillée montre de grosses différences...
 - => modifications possibles mais argumentées et documentées
 - => application des coefficients d'établissement du simulateur (mais pas de transparence)
- **Le lien doit être fait avec la population et pas l'activité** - décompte en nombre de patient
- « Évolution des montants DP si **évolution des critères populationnels** »
- Période de transition jusqu'en 2028 => l'enveloppe de transition doit être respectée
- **Part socle/ part des dotations remises en questions** définies clairement après échanges :
enveloppe socle + part de rattrapage
- **Les Activités nouvelles ne peuvent pas être financées par les structures existantes**
- Échec de la modélisation départementale nationale => prudence avec les critères appliqués sans modélisation sur la population
- Indicateur d'équité initial utile => **ratio [Euro de Dot Pop / Euro d'Activité]**

LE DIFFICILE TRAVAIL DES ARS ET DES CCAR SMR

33

« SANS BOUSSOLE » ON IMPROVISE ET ON FAIT « À L'ESTIME »

- Les chiffres sur les lits sont très confus et instrumentalisés
- La lourdeurs des patients est très complexe à appréhender
- La place à donner à l'ambulatoire est complexe car pas de vraie substitution ou bascule (activité nouvelle et différente)
- Plus de la moitié des régions construit son modèle sur l'activité et pas la population – mais complexe de passer du territoire à ses établissements
- La part pouvant être redistribuée est rarement cadrée et peut dépasser 25% de la DP au risque majeur sur les établissements
- Les enveloppes de transitions sont souvent préemptées d'office pour de la redistribution
- Les activités nouvelles sont décidées indépendamment de la modalité de leur financement (« bond à tirer » non financé)
- Avec l'arrivée de l'instruction et du simulateur => remise en question ou ajustement

L'OUTIL DE SIMULATION ET L'INSTRUCTION DOT.POP.

34

BIEN TARD ET BIEN PEU – DES GÉNÉRALITÉS MAIS PAS DE CADRAGE

- L'instruction du 8 juin et l'outil de simulation diffusé aux ARS
- Arrive après 2 années de travaux des CCAR SMR et 3 ans de réforme
- Rappel de quelques principes mais liberté complète laissée
- Pas de cadrage des proportions
- Tout est facultatif
 - => de grosses discussion à venir sur la méthode et les travaux déjà conduits

EN CONCLUSION

35

- La construction de la Dotation Populationnelle répondait à des critères, des principes et des règles énoncées dès 2020
- L'application nationale inter-régionale s'est faite malgré une modélisation pauvre
- La déclinaison aux établissements a été initiée nationalement (avec 4 années de transition) sans participation des ARS
- Les ARS devaient construire la déclinaison jusqu'à présent sans boussole, sans outils et avec une méconnaissance des principes de départ.
- Pas de politique de transformation de l'offre affichée.
- Les voies choisies sont variables et le plus souvent très écartées des principes
- L'instruction du 8 juin et l'outil de simulation sont l'occasion de poser les choses
- **Comme toujours en SMR**
 - « C'est compliqué ... »
 - Et « Ça dépend » (ici des régions)

MERCI

www.chu-lyon.fr



HCL
HOSPICES CIVILS
DE LYON