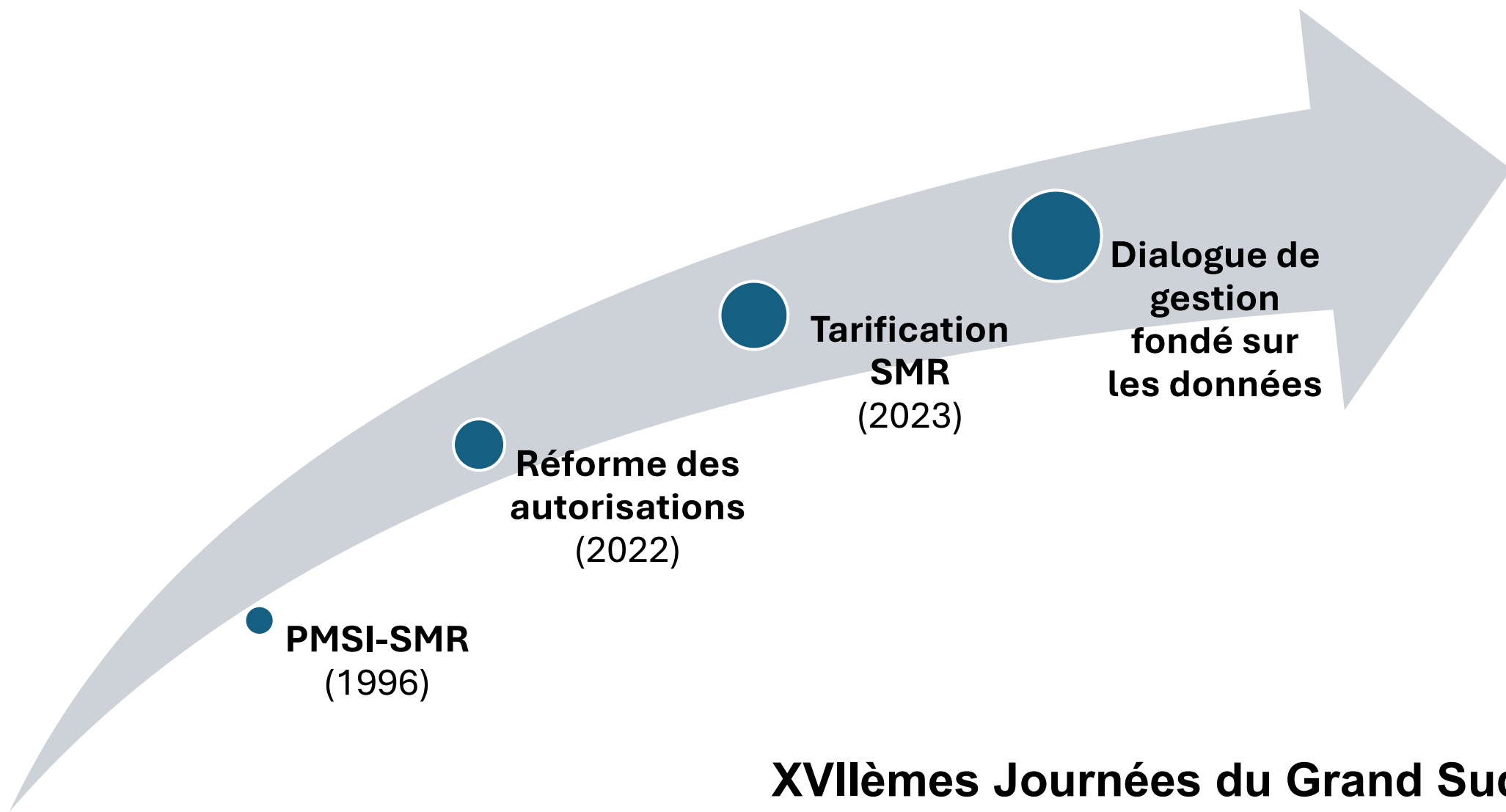


Le DIM SMR face au choc de gestion



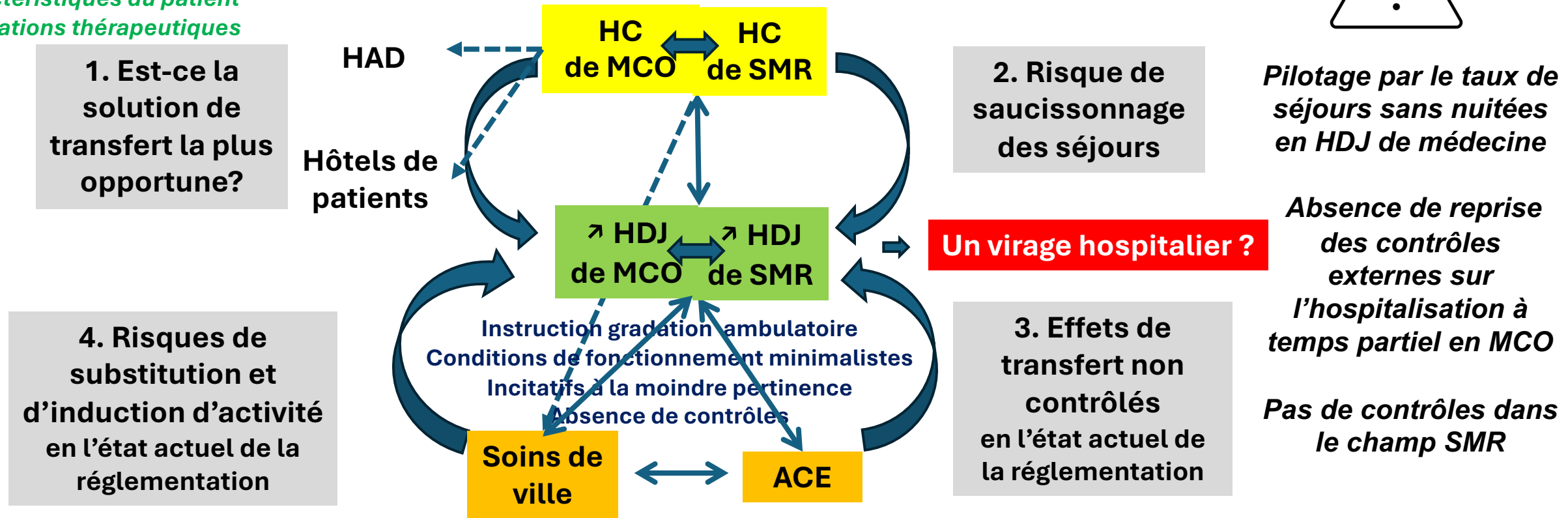
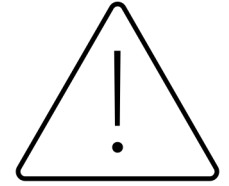
Le DIM face aux injonctions paradoxales

1. Le DIM face à une réglementation complexe et ambiguë
 - Comment construire une venue en HDJ, une journée en HC?
2. Le DIM face aux incitatifs mal maîtrisés (CSARR/CSAR)
 - Actes sous qualifiés, actes non pertinents, actes collectifs
3. Le DIM face à une classification qui ne respecte pas la règle d'homogénéité des procédures et des coûts
 - Choix historique : PMSI uniforme et Classification unique non adossée aux missions spécifiques (paramètres d'orientation) et de fonctionnement

Les risques d'effets pervers ou non maîtrisés du pilotage et de la réglementation

Le drôle de virage ambulatoire : l'HTP est un point de fuite à mettre sous contrôle

Innovations technologiques
Réhospitalisations
Transports
Caractéristiques du patient
Innovations thérapeutiques



Adapté de : développement des prises en charge hospitalières ambulatoires de médecine - Février 2016

<https://www.igf.finances.gouv.fr/files/live/sites/igf/files/contributed/Rapports%20de%20mission/2016/2015-M-053.pdf>

« Contrairement à la chirurgie, le développement de l'hospitalisation de jour ne se prête pas à la déclinaison de taux cibles locaux à partir d'une cible nationale »

Capacitaire en hospitalisation conventionnelle et HTP entre 2003 et 2024

2003
468 418 lits

Secteur	Lits	Places HTP
MCO	236 407	17 964
SSR	92 432	5 017
SLD	79 989	
Psychiatrie	59 590	26 382

En 1980, en France, la densité de lits d'hôpitaux était de 11,1 pour 1000 habitants (Banque Mondiale)

En 2023 elle a été réduite de plus de la moitié à 5,4 lits pour 1000 habitants (OCDE)

En 2024 les lits de SMR représentent 27,5% des lits hospitaliers français

2023
369 423 lits

	Lits 2023/2024	Places HTP
MCO	187 534 / 186 425	38 668 / 40 640
SMR	101 341 / 101 271	19 214 / 20 362
SLD	29 219 / 28 993	
Psychiatrie	51 329 / 50 646	30 232 / 30 230

2024
367 335 lits

Augmentation progressive du nombre de lits en SSR à 105 873, puis baisse depuis 2015

Entre 2003 et 2024 : suppression de plus de 100 000 lits d'hospitalisation à temps complet (passage de 468 418 lits d'hospitalisation à 367 335 - données de la DREES)

Activités à forte proportion d'interventions individuelles versus activités à forte proportion d'interventions non dédiées ou collectives

	GN 0147 2024 Accident vasculaire cérébral avec hémiplégie	GN 0841 2024 Arthrose du genou avec implant articulaire	GN 1006 2024 Obésité	GN 1903 Toxicomanie avec dépendance	GN 0406 2024 IRC et BPCO	GN 0509 2024 Coronaropathies (sans pontage)
Nb établissements	1122	1140	523	593	1125	972
Nb Journées HC et HTP	1 691 660	1 933 204	879 064	1022799	779 730	754 947
Score moyen dépendance	14,20	9,41	7,91	8,39	9,37	7,03
Actes individuels dédiés (AID)	4 213 876	3 699 338	1 079 308	758 916	922 814	583 443
Actes individuels non dédiés	401 323 (9,5 % en proportion des AID)	776 111 (20 % // AID)	576 209 (53% // AID)	323 340 (42% // AID)	223 109 (24%)	403 478 (69%)
Actes collectifs Rapport actes collectifs / actes individuels dédiés	226 133 5 %	467 676 12 %	1 103 833 102%	1 013 430 133 %	868 005 94%	1 245 197 213 %
Nb moyen de patients par acte collectif	5,05	6,05	8,70	9,76	7,53	8,57

Vers une classification adossée à des activités autorisées mieux spécifiées ?

01S12 : Séance de thérapie psychocorporelle

- 'Par thérapie psychocorporelle, on entend : technique fondée sur les interactions entre les dimensions physiques et psychiques, produites par des pratiques corporelles
- Les objectifs attendus sont l'amélioration du bien-être psychosocial (équilibre dynamique, satisfaction, anxiété, émotion) et la revalorisation de l'image du corps
- Une formation à la pratique utilisée est requise
- Les pratiques les plus communes sont : la relaxation, le "toucher-massage", la sophrologie, le Taïchi, le Qi Gong, l'art-thérapie (musique, théâtre, danse...), la thérapie assistée par l'animal.
- Cet acte caractérise un **risque de dérive du CSAR en termes de périmètre de la réadaptation, de ses intervenants, de la pertinence, de la sous qualification, de la multiplication des actes collectifs**

Une incitation à multiplier les actes collectifs et non dédiés?

Actes collectifs

Intervenant	Actes	Pondération	Temps intervenant
Intervenant 1 ex : kinésithérapeute	Acte collectif 1	50	
	Acte collectif 2	60	
		Total : 110 pour chaque patient	Total : 30
Intervenant 2 ex : ergothérapeute	Acte collectif 3	50	
	Acte collectif 4	60	
	Acte collectif 5	60	
	Acte collectif 6	60	
		Total : 230 pour chaque patient	Total : 45

Acte individuel dédié ou non (obligatoire ou non selon les autorisations)

Intervenant	Actes individuels	Pondérations	Temps intervenant
Kiné ou EAPA	Thérapie ou évaluation	30	60

Pondérations et respect de la réglementation

Total général par venue	340 il faut dépasser 120 à 150 en moyenne par semaine en HDJ	135 minutes (> 2 heures de soins)
-------------------------	--	-----------------------------------

Principe d'homogénéité des activités et financement

Pays	Spécification des lits de réadaptation	Type de paiement
USA	Spécification claire des lits de réadaptation et des conditions de fonctionnement : Règle des 3 heures et règle des 60%	Paiement pas cas : diagnostics + score GG, dérivé de la MIF
Australie	Segmentation des lits de réadaptation ANSNAP	Paiement pas cas : diagnostics + MIF
Royaume Uni	Pas de secteur post-aigu mais segmentation par gradation ex neurorehabilitation niv. 1, 2 et 3	Paiement à la journée pondérée, séquentiel et multigradé MIF/MAF
France	Secteur post-aigu non spécifié (Cour des Comptes) Missions multiples: « Grand fourre tout » selon Jean-Pierre Held. 27% des lits hospitaliers français	Paiement par GMT fondé sur des zones forfaitaires mais en réalité plus proche d'un système de paiement à la journée pondérée
Suisse	Secteur post-aigu non spécifié Missions multiples	Paiement à la journée pondérée diagnostics + MIF

** Et des autres missions des post-acute care: Skilled Nursing Facilities, Long Terme Post-Acute Care* 13

Pour une classification adossée à des autorisations d'activité mieux spécifiées

- **Principe fondamental** d'une classification au séjour: **homogénéité des profils de patients, des procédures et des coûts similaires**
- **Impossible à mettre en œuvre si les missions sont trop hétérogènes** et si la densité des soins ne peut être convenablement captée
- **Défaut de choix politique** relatif à la spécification des SMR (selon la Cour des Comptes) : volonté d'un PMSI unique et d'une classification unique appliqué à des autorisations **insuffisamment spécifiées**
- **Définition des missions SMR postérieure à la dernière classification SMR**
- **Autorisations dépourvues de paramètre d'orientation au regard de l'intensité des soins (curatifs, réadaptation, soins de transition...)**
- **Dans l'immédiat travail sur les nomenclatures de premier (CIM, CCAM, CSAR), de second niveau (groupes nosologiques, de réadaptation...) et sur les compartiments visant à palier les insuffisances de la classification à visée tarifaire**

Instruction complémentaire du 28 septembre 2022 : la définition des missions des SMR

Nouvelles missions des SMR	Nomenclature fonctionnelle internationale*
Mission de « <u>prévention</u> »	HC.6
Mission de « <u>soins médicaux curatifs</u> » (diagnostic et traitement des maladies)	HC.1
Mission de « <u>réadaptation</u> » Mise en cohérence avec le périmètre du CSARR	HC.2
Mission de « soins de transition » Mission de soins et d'accompagnement des personnes en perte d'autonomie	HC.3
Coordination	? Enveloppes fléchées

Perspectives

Trois scénarios

1. Le statut quo: impacts mal maîtrisés de l'interaction de la réglementation, de l'organisation des soins et du financement
2. La poursuite de la spécification des SMR selon les missions définies en 2022
3. L'intégration territoriale dans un dispositif qui associe les fonctions fondamentales de la santé tout au long des parcours.

Trois axes d'amélioration

- 1 Ouvrir l'**accès aux données** pour le dialogue de gestion
- 2. **Favoriser la participation aux processus de décision** : inclusion des organisations professionnelles dans la construction des classifications (sévérité, données de fonction, nomenclatures de réadaptation, FSE) et de la Dot Pop
- 3. **Promouvoir un pilotage défragmenté** DGOS (finances et métiers, ATIH, A Maladie, Autres parties prenantes)

Le DIM SMR face aux injonctions paradoxales : un conflit inter hémisphérique?

Ô grand DIM, que penses-tu de mon modèle économique?

Gauche
Contraintes
de gestion

Oui tu peux le faire, c'est dans les clous réglementaires!

Oui cela peut te rapporter et voici ce que donnerait ton casemix

Droit
Impératifs
cliniques

Es-tu certain que c'est utile au patient?

Es-tu certain que cela relève d'une hospitalisation?

Journées du Grand Sud
juin 2026

Merci pour votre
attention

