Journée Annuelle du CRAIM

ANNONAY

Jeudi 16 octobre 2025

CRAIM
COLLÈGE RHÔNE-ALPES AUVERGNE
DE L'INFORMATION MÉDICALE

Journée Annuelle 2025 du CRAIM
Jeudi 16 octobre 2025

SEPR ENTREPRISES ET FORMATIONS
Service d'Enseignement Professionnel du Rhône
2 rue George Sand – 07100 ANNONAY

Président : Dr Michel CAYOT
Comité d'organisation : Michel CAYOT (Annonay), Julie HONORÉ (Grenoble), Cherif RABAH (Annonay) et Nicole MORFIN (Annonay)
Comité scientifique : Pierre METRAL (Lyon), Michel CAYOT (Annonay), Paul VERCHERIN (Saint-Etienne) et Daniel BENYAMINE (Lyon)

Première partie

9h15 S'approprier la réforme SMR

- La Dotation populationnelle : principe et analyse territoriale en Auvergne Rhône-Alpes, Dr Bruno Aublet Cuvelier (ARS - Lyon)
- De l'activité aux recettes, bien maîtriser la valorisation en SMR, Dr Michel Cayot (président du CRAIM - Annonay)
- Le reporting en SMR : principes et pièges, Dr Florence Perret (Methodim - Bordeaux)
- L'HDJ SMR, contraintes et opportunités, Dr Pierre Métral (HCL – Lyon)

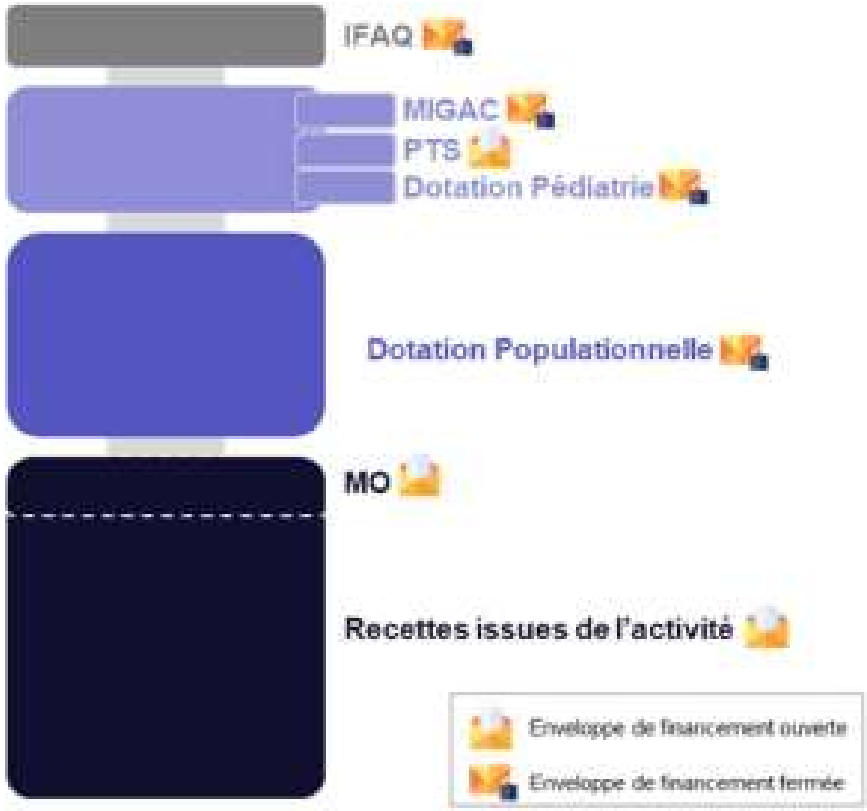
Schéma : compartiments de financement

La prise en compte de la qualité

Des compartiments dédiés aux activités et équipements spécialisés pour en stabiliser le financement et en piloter le déploiement

Un compartiment de financement dédié à la réduction proactive des inégalités territoriales, qui met en relation les caractéristiques de la population et une enveloppe de financement

Des compartiments de financement réactifs pour reconnaître en temps réel les dynamiques d'activité



1.3.1. Le compartiment activité

Objectif

- Financer l'activité au fil de l'eau pour rendre compte des dynamiques d'activité, en intégrant une meilleure prise en compte de la réalité des prises en charge

Principes de construction

- Au national, à la mise en oeuvre de la réforme, correspond à 50% des recettes propres à chaque secteur
- Pour l'hospitalisation, repose sur la classification médico-économique

Prestations

- Tarifs GMT permettant de financer les séjours d'HC et les journées d'HdJ
- Suppléments transports facturables en sus des GMT
- Actes et consultations externes (ex-DAF)

Modalités d'application

- Arrêté de versement pour le secteur ex-DAF (valorisation PMSI)
- Facturation directe à l'Assurance Maladie pour le secteur ex-OQN

Le compartiment « activité » du nouveau modèle de financement a pour objectif de financer :

- l'activité d'hospitalisation regroupée dans des groupes médico tarifaires (GMT) ;
- les transports hospitaliers intra et inter-établissement via des suppléments (article 80 de la LFSS de 2017)
- les actes et consultations externes pour les établissements du secteur ex-DG

Ce compartiment permet de redistribuer 50% de l'objectif de dépense du champ SMR lors de la mise en œuvre de la réforme.

Les modalités de valorisation sont portées par deux arrêtés :

- Arrêté du 4 décembre 2023 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de soins médicaux et de réadaptation exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et pris en application de l'article R. 162-34-1 du même code ;
- Arrêté du 7 avril 2025 fixant pour l'année 2025 les éléments tarifaires mentionnés aux 1° à 3° du I et au II de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et la valeur du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 du code de la sécurité sociale

Par souci de simplification, ces deux arrêtés sont respectivement dénommés, ci-après, l'arrêté « prestations » et l'arrêté « tarifaire »

De l'activité aux recettes, bien maîtriser la valorisation en SMR

- Le Département d'Information Médicale classe les séjours en Groupes Médico-économiques
- Ces séjours (Suites de RHS en HC ou RHS en HdJ) sont envoyés sur la plateforme e-PMSI
- Il leur est affecté un Groupe Médico-tarifaire auquel correspond une valorisation
- La somme des ces valorisations constitue une partie importante des recettes de l'établissement <u>sur laquelle nous avons un pouvoir</u>

Des questions simples	Des réponses sur 4 blocs hiérarchiques différents	Des variables différentes alimentent ces blocs	Des blocs déclinés en indices ou niveaux
Quelle est la pathologie et/ou la prise en charge principale?	CM → GN	Morbidité principale	**Les types de réadaptation** R. Pédiatrie, R. Spécialisée importante, R. Globale importante, R. autre P S T U HC R. Pédiatrie, R. très intense, R. intense, R. modérée, R. indifférenciée H I J K L HTP
Quel est le type de réadaptation reçue par le patient?	Type de réadaptation	Actes CSARR, actes CCAM, et âge	
Quel est le poids économique dû aux caractéristiques du patient, hors diagnostics?, hors diagnostics?	Lourdeur	Age, dépendances et statut post-chirurgical	**Les niveaux de lourdeur** A B C
Quel est le poids économique dû aux autres pathologies prises en charge?	Niveau de sévérité	CMA	**Les niveaux de sévérité** 0 1 2

Cas de l’Hospitalisation Complète (HC)

- Cinq phases du classement soit cinq étapes pour intervenir :
  - Le choix de la Catégorie majeure ;
  - Le choix du groupe nosologique ;
  - L’optimisation de la réadaptation ;
  - Le constat de la lourdeur ;
  - La traque des sévérités.
- Idem mais en plus simple pour l’HdJ dans laquelle n’existent ni lourdeur (toujours A), ni sévérité (0).

Les quinze Catégories Majeures

CM	LIBELLE
01	AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX
02	AFFECTIONS DE L'OEIL
03	AFFECTIONS DES OREILLES, DU NEZ, DE LA GORGE, DE LA BOUCHE ET DES DENTS
04	AFFECTIONS DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE
05	AFFECTIONS DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE
06	AFFECTIONS DES ORGANES DIGESTIFS
08	AFFECTIONS ET TRAUMATISMES DU SYSTÈME OSTÉOARTICULAIRE
09	AFFECTIONS DE LA PEAU, DES TISSUS SOUS-CUTANÉS ET DES SEINS
10	AFFECTIONS ENDOCRINIENNES, MÉTABOLIQUES ET NUTRITIONNELLES
11	AFFECTIONS DE L'APPAREIL GÉNITO-URINAIRE
16	AFFECTIONS DU SANG, DES ORGANES HÉMATOPOÏÉTIQUES, DU SYSTÈME IMMUNITAIRE ET TUMEURS MALIGNES DE SIEGE IMPRECIS OU DIFFUS
18	CERTAINES MALADIES INFECTIEUSES, VIRALES OU PARASITAIRES
19	TROUBLES MENTAUX ET DU COMPORTEMENT
23	AUTRES MOTIFS DE RECOURS AUX SERVICES DE SANTÉ
27	POSTTRANSPLANTATION D'ORGANE

Le choix de la Catégorie majeure

- 01 Affections du système nerveux (« neuro ») ou 08 affections et traumatismes u système ostéo-articulaire (« locomoteur ») ?
- 02 Affections de l'œil ou 01 Neuro ?
- 23 Autres motifs de recours aux services de santé ou 01 neuro, 08 locomoteur ou 19 Troubles mentaux et du comportement ?
- 27 Post transplantation d'organe ou 04 pneumo, 05 cardio, 06 digestif, 08 locomoteur ?

Optimisation du codage : Choix de la Catégorie Majeure

- Exemple : la chirurgie du rachis
  - On opère de plus en plus de canaux lombaires étroits
  - A des âges de plus en plus avancés
  - Mais on n’opère que ceux qui ont une complication neurologique
- Choix de la morbidité Principale :
  - MMP : arthrodèse : Z98.1 ou Z98.8
  - Choix de l’AE :
    - Canal lombaire étroit : M48,06 ➔ « Affections du rachis (à l'exclusion des scolioses et hernies discales) »
    - Affections radiculaires lombo-sacrées non classées ailleurs : G54.0 ➔ Affections des nerfs (à l'exclusion des polyneuropathies) »

Optimisation du codage : Choix de la Catégorie Majeure

- Pontage fémoro-poplité bas pour artériopathie des membres inférieurs avec gangrène des orteils imposant une amputation trans-métatarsienne :
- Choix de la morbidité Principale :
  - Présence d'autres implants et greffes cardiaques et vasculaires NCA : Z95.88 ➔ « autres affections vasculaires »
  - Absence acquise de pied et cheville (orteils) : Z89.4 ➔« amputations »
  - AE : I70.21 Athérosclérose des artères distales, avec gangrène

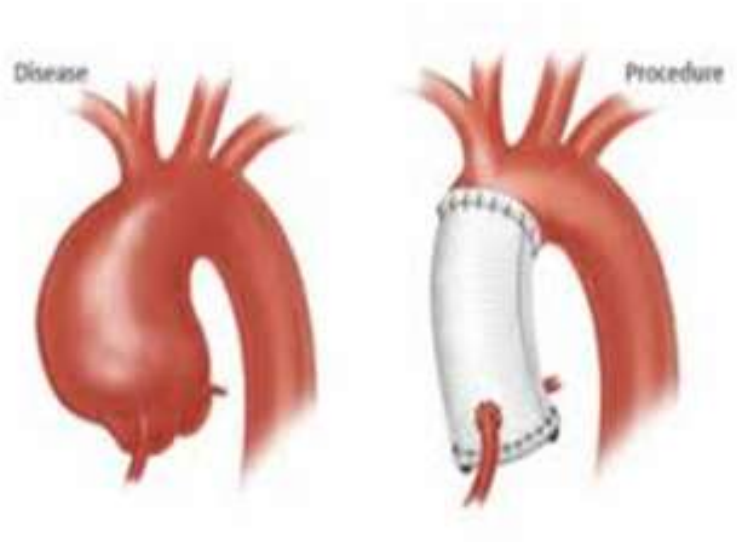
Exemple : « Maintien à domicile difficile »

- Difficultés à la marche
- Chutes à répétition
- Multiples pathologies associées
- Choix de la morbidité Principale :
  - Difficulté à la marche non classée ailleurs : R26.2 ➔ CM23 « Troubles de la marche (non rattachés à une étiologie) »
  - Autres troubles anxieux phobiques [Syndrome post-chute] : F40.8 ➔ CM19 « Autres troubles psycho-comportementaux »

Choix du Groupe Nosologique

- Valve cardiaque ou pontage aorto-coronaire ?
- Valve cardiaque ou greffe vasculaire ?
- Toxicomanie avec dépendance ou troubles dépressifs et anxieux ?
- Fractures du membre inférieur ou fractures multiples ?
- Troubles de la marche (non rattachés à une étiologie) ?
- Autres états et symptômes (non rattachés à une étiologie) ?
- Infections broncho-pulmonaires (non tuberculeuses) ou Insuffisances respiratoires chroniques et bronchopathies obstructives ?

Opération de Bentall



Pathologie :

Dilatation de l'aorte ascendante associée à une insuffisance de la valvule aortique

Traitement chirurgical :

Remplacement de la valve aortique par une valve mécanique ou biologique et de l'aorte initiale par une prothèse tubulaire

Optimisation du codage : Choix du groupe nosologique

- Cardiologie : Intervention de Bentall
- Remplacement valvulaire aortique par une valve biologique
- Remplacement de la partie initiale de l'aorte thoracique par un tube prothétique
- Choix de la morbidité principale :
  - Présence d'une valvule cardiaque xénogénique : Z95.3 ➔« valvulopathies »
  - Présence d'autres implants et greffes cardiaques et vasculaires NCA : Z95.88 ➔« autres affections vasculaires »

Optimisation du codage : Choix du groupe nosologique

- Remplacement valvulaire aortique pour rétrécissement aortique serré ; la coronarographie pré-opératoire a montré des lésions importantes justifiant la chirurgie au détrimet du TAVI et l'association d'un pontage aorto-coronaire au geste valvulaire
- Choix de la morbidité Principale : MMP :
  - Présence de prothèse d'une valvule cardiaque : Z95.2 ou Z95.3 ➔ « valvulopathies »
  - Présence d'un pontage aorto-coronaire : Z95.1 ➔ « coronaropathies avec pontage »

Optimisation du type de réadaptation

Même s'il n'existe pas de hiérarchisation systématique des valorisations moyennes entre les groupes de réadaptation dans un même groupe nosologique.

Réalisation de protocoles de réadaptation qui si ils sont appliqués entraînent le séjour 5HC) ou la semaine (HJ) :

- Dans un groupe de réadaptation spécialisée (si il existe) en HC ;
- Dans un groupe de réadaptation très intensive (si il existe) en HdJ.

Ce peut être une raison du choix du Groupe Nosologique…

Le constat de la lourdeur

Nous n’avons aucun pouvoir sur l’âge du patient pas plus que ses dépendances physiques ou cognitives, encore moins sur le critère post chirurgical…

Mais nous pouvons former les équipes à la cotation précise des dépendances,

Les convaincre que coter une dépendance cognitive à 4 n’est pas de la maltraitance,

Et venir les revoir tous les six mois voire plus fréquemment.

La traque de la sévérité

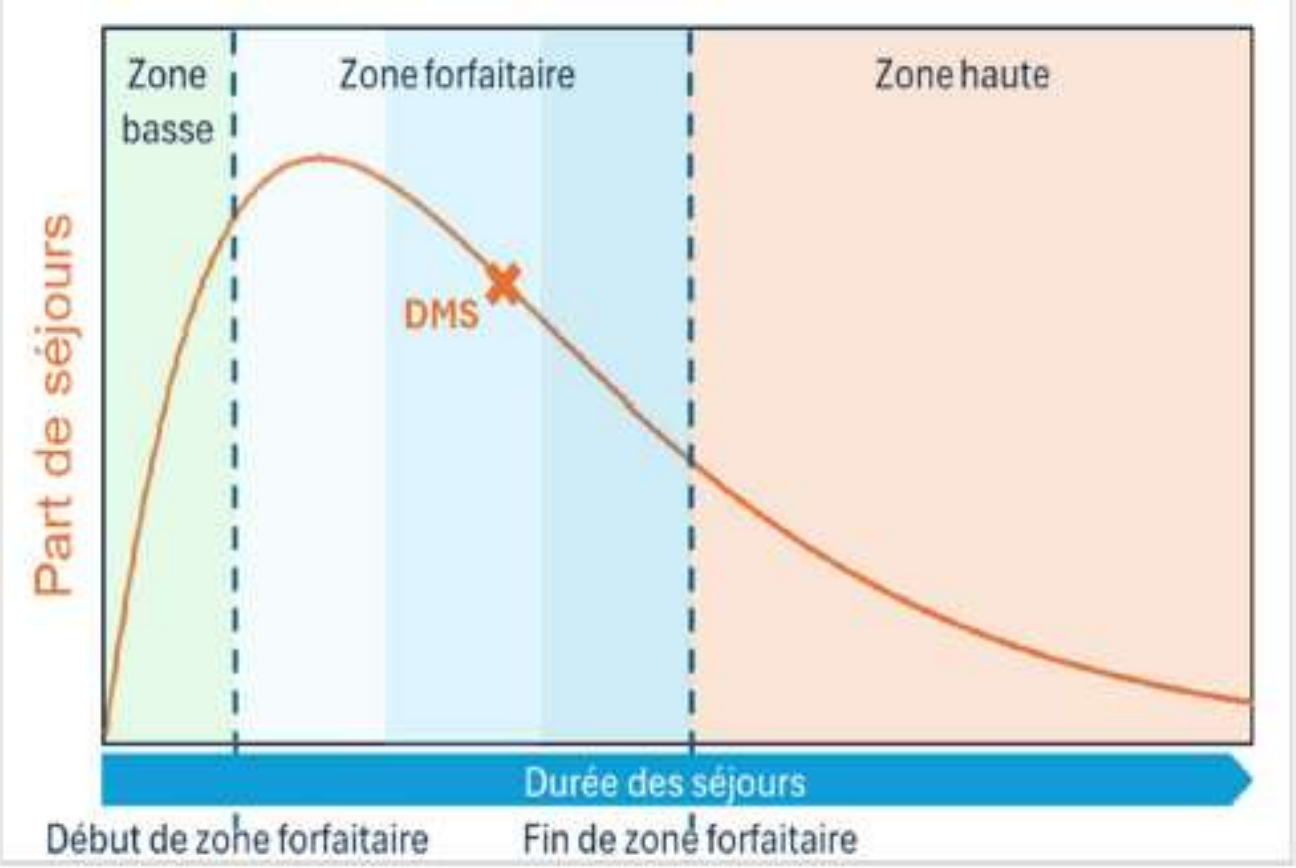
- Focus sur la description de tout ce qui a été observé pendant le séjour
- Pas de prise en compte de la sévérité placée en AE
- Ne pas oublier les actes
- Bien stadifier les escarres
- Ne pas oublier la greffe d’os
- Surtout bien former les médecins à la description médicale

Il est essentiel que le RHS décrive le plus exactement possible le séjour du patient, notamment sans oublier aucun diagnostic associé :

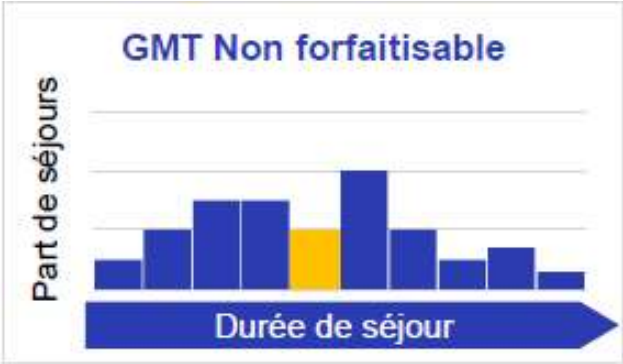
- pour ne pas prendre le risque d'omettre une complication ou morbidité associée (CMA) ;
- parce que, du fait des listes d'exclusion, il ne suffit pas que le RHS mentionne un diagnostic associé appartenant à la liste des CMA pour être classé dans un GME de niveau 2 ;
- parce que la liste des CMA évoluant, décrire le séjour en fonction de ce qu'elle est — et, de façon générale, de l'état de la classification des GME— à un moment donné, expose à s'interdire la comparaison de son activité dans le temps ;
- parce qu'un codage de bonne qualité des diagnostics associés dans les bases nationales de RHA est nécessaire pour faire évoluer la classification des GME afin qu'elle reflète le mieux possible les cas pris en charge et les pratiques, générateurs des charges financières des établissements de santé ;
- parce qu'un codage de bonne qualité des diagnostics associés (comme de toutes les informations du RHS) dans les bases régionales et nationales de RHA est nécessaire à la qualité des analyses effectuées sur celles-ci pour des objectifs d'organisation de l'offre de soins et de santé publique.

Modalités de valorisation de l'activité

En hospitalisation complète, la valorisation dépend de la durée du séjour. Celle-ci permet de définir la zone de financement



« Forfaitisable » ou pas : il existe un forfait



- Les GMT d'HC correspondant à un GME de pédiatrie : en raison des règles administratives de découpage des séjours, il est convenu de ne pas introduire de critère d'homogénéité des durées de prise en charge dans la valorisation des séjours.
- Les GMT d'HC regroupant les séjours de moins de 8 journées de présence avec un mode de sortie transfert, décès ou mutation : en raison de la courte durée des prises en charges
- Les GMT de soins palliatifs et d'état de conscience altérée (ECA, créés en 2025): les durées de prises en charge étant jugées très hétérogène, il est convenu de ne pas introduire de zone forfaitaire dans la valorisation des séjours.
- Les GMT hebdomadaires créés dans le cadre du dispositif de financement des prises en charges particulièrement longues (cf. infra) : ces GMT ont vocation à introduire une valorisation journalière après le 90ème jour de présence lorsque le séjour est non clos

La modulation des durées de séjour

« En hospitalisation complète, la valorisation dépend de la durée du séjour »

Si certains séjours ont une durée parfaitement imprévisible, en neurologie ou en cancérologie, d'autres sont plus « forfaitisables » comme en cardiologie ou même en locomoteur.

Si on observe les trois zones forfaitaires des GMT « forfaitisables » on voit que la durée idéale de séjour pour le meilleur PMJT est obtenue par une sortie le premier jour de la dernière zone forfaitaire…

On peut ajouter une journée tampon (permission, transfert provisoire)

Bien retenir 8-14, 15-21 et 22-28 dans les cas souvent rencontrés

Et s'il manque un peu de réadaptation, finir le travail en HdJ