ATIH Nos données au service de la Santé

NOTICE TECHNIQUE
N° ATIH-274-8-2026
Du 18 novembre 2026

Campagne tarifaire et budgétaire 2027 – Nouveautés PMSI

Champs MCO – HAD – SMR – Psychiatrie

La présente notice informe les établissements de santé des nouveautés 2027 relatives au recueil et au traitement des informations médicalisées dans les différents champs d'activité hospitalière. Elle répond à la volonté constante d'information précoce des établissements, concernant les nouveautés qu'ils devront mettre en œuvre en 2027. Dans ce cadre, des webinaires d'information ont été mis en place les 24 septembre (HAD et MCO) et 06 octobre (SMR et Psychiatrie). Les questions posées en séance trouvent, pour la plupart, leur réponse dans la présente notice.

Au-delà des annexes relatives à chaque champ d'activité hospitalière, cette notice comporte une annexe dite « interchamps » dont les consignes s'appliquent à plusieurs champs d'activité, ainsi qu'une annexe dite « nomenclatures ».
Les nouveautés décrites dans cette notice s'appliquent au 1er janvier 2027.

Pour mémoire, les arrêtés dits « PMSI » constituent le support réglementaire du recueil et du traitement des informations médicalisées relatives aux différents champs d'activité. Pour 2027, ces arrêtés font l'objet d'une mise à jour spécifique à chaque champ. Ces actualisations sont liées notamment aux documents qui leur sont annexés : guide méthodologique, manuel de groupage, nomenclatures.

Au-delà de ces mises à jour réglementaires, l'objet de la présente notice est de décrire de manière concrète les nouveautés qui la motivent.

La directrice générale
Nathalie FOURCADE

Nathalie Fourcade
Signature numérique de Nathalie Fourcade
Date : 2026.11.23 19:02:10 +01'00'

Table des matières

Annexe 1 : 5

Nouveautés PMSI du champ d'activité MCO 5

1. Mise à jour de l'arrêté PMSI MCO 5

2. Modifications de codage et de recueil 6

2.1. Entrée en droit commun d'actes du RIHN 6

2.2. Recueil du traitement de prévention des bronchiolites à virus respiratoire syncytial (VRS) 6

2.3. Date de réalisation des actes CCAM 6

2.4. Réformes de financement de la dialyse et de la radiothérapie 7

2.5. Consignes de codage des décès dits « consentis » en période périnatale 7

2.6. Recueil concernant le dispositif Handibloc 9

3. Classification GHM v2027 9

3.1. Refonte des CMD06K et ajustement CMD 07K 9

3.2. CMD 29 10

4. Modifications apportées à la CIM-10-FR 10

5. Nouveautés de la CCAM descriptive à usage PMSI 11

6. Nouveautés concernant le format des fichiers 11

6.1. RSS 11

6.2. VID-HOSP 12

6.3. FICHSUP et FICHCOMP 12

6.4. Le FICHCOMP FICUM 12

6.5. RSF ACE 12

6.6. RSF 12

Annexe 2 : 13

Nouveautés PMSI du champ d'activité HAD 13

1. Mise à jour de l'arrêté PMSI HAD 13

2. Modifications de codage et de recueil 13

2.1. Nouveau mode de prise en charge 13

2.2. Evolution du périmètre du MP 04 14

2.3. Recueil des évaluations anticipées au domicile personnel du patient 14

2.4. Recueil Article 50 Traitements Médicamenteux Systémiques du Cancer (TMSC) 14

3. Classification HAD 14

4. Modifications apportées à la CIM-10 14

5. Nouveautés de la CCAM descriptive à usage PMSI 14

6. Nouveautés concernant le format des fichiers 15

6.1. Format RPSS 15

6.2. FICHCOMP 15

6.3. FICHSUP 15

6.4. VID-HOSP 15

Annexe 3 : 16

Nouveautés PMSI du champ d'activité SMR 16

1. Mise à jour de l'arrêté PMSI SMR 16

2. Modifications de codage et de recueil 16

3. Classification GME 17

4. Modifications apportées à la CIM-10 18

5. Modifications apportées à la CCAM descriptive pour usage PMSI 18

6. Modifications apportées au CSAR 18

7. Nouveautés concernant le format des fichiers 18

7.1. RHS 18

7.2. VID-HOSP 18

7.3. VID-CHAINAGE 18

7.4. FICHSUP et FICHCOMP 19

7.5. FICUM 19

7.6. RSF-ACE 19

7.7. RSF 19

Annexe 4 : 20

Nouveautés PMSI du champ d'activité Psychiatrie 20

1. Mise à jour de l'arrêté PMSI 20

2. Modifications apportées au guide méthodologique de production du RIM-P 20

2.1. Evolution des consignes de codage 20

2.2. Recueil de l'activité ambulatoire en ex-OQN 23

3. Modifications apportées à la CCAM descriptive pour usage PMSI 23

4. Modifications apportées à la CIM-10 23

5. Nouveautés concernant le format des fichiers 23

5.1. RPS et RAA 23

5.2. VID-HOSP et VID-IPP 23
5.3. Fichiers RSF et VID-CHAINAGE 23
5.4. FICHCOMP 24
5.5. FICUM-PSY 24

Annexe 5 : ***25***

Nouveautés relatives aux nomenclatures ***25***

1. Nouveautés de la CIM-10 FR à usage PMSI **25**

2. Nouveautés de la CCAM descriptive à usage PMSI **25**

3. Nouveautés du CSARR et CSAR **25**

Annexe 6 : ***27***

Nouveautés Interchamps ***27***

1. Modifications de codage et de recueil **27**

2. Evolution du module OVALIDE d'e-PMSI au M1 2027 ..... **27**

3. Evolution DRUIDES M10 2026 ..... **28**

4. Sécurisation de la connexion aux outils PMSI (DRUIDES et e-PMSI) **28**

Annexe 1 :

Nouveautés PMSI du champ d'activité MCO

---

1. Mise à jour de l'arrêté PMSI MCO

L'arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique, dit arrêté PMSI MCO, fait l'objet des modifications suivantes :

- Plusieurs modifications liées à la mise en œuvre des réformes Radiothérapie et Dialyse à compter du 1er janvier 2027, concernant la production de l'information médicale, en référence aux "Séquences" et "Episodes de soins" définis au 2° de l'article R162-33-1 du Code de la sécurité sociale.
- Modification du II de son article 8 : à compter du 1er janvier 2027, il est mis fin à la dérogation qui permettait aux établissements de santé ex-OQN ayant une activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale à domicile ou en autodialyse, de ne pas produire ni transmettre les données de facturation de leur activité. A compter de cette date, les établissements concernés devront transmettre leurs informations PMSI.
- Modification liée à la mise à jour de ses annexes. Les annexes I, II, III, IV et V sont modifiées, et feront l'objet d'une publication au Bulletin officiel Santé – Protection sociale – Solidarité.

Ces annexes sont les suivantes :

- Annexe I relative à la dixième révision de la classification internationale des maladies CIM-10 dite « à usage PMSI » ;
- Annexe II relative à la classification commune des actes médicaux descriptive « dite à usage PMSI » ;
- Annexe III relative au guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ;
- Annexe IV relative au manuel des groupes homogènes de malade.

Afin d'assurer une diffusion de l'information dans les meilleurs délais, elles seront préalablement publiées sur le site de l'ATIH sous une forme typographique spécifique permettant de faciliter le repérage des modifications apportées, et ceci notamment pour le guide méthodologique.
Ces annexes seront applicables au 1er janvier 2027.

2. Modifications de codage et de recueil

2.1. Entrée en droit commun d'actes du RIHN

Progressivement certains actes du RIHN évalués par la HAS vont entrer dans le droit commun, et être inscrits :

- En CCAM, s'ils relèvent de l'anatomopathologie ;
- En NABM, s'ils relèvent de la biologie ;
- Dans les deux nomenclatures (CCAM et NABM), s'ils relèvent des deux spécialités.

Certains actes entrés ainsi dans le droit commun continueront d'être financés en sus des séjours. Ces actes seront à déclarer à partir du 1er janvier 2027 :

- En acte CCAM dans le RSS, si réalisé par un anatomopathologiste ;
- En acte NABM dans le fichier FICHCOMP NABM, si réalisé par un biologiste.

Par ailleurs le dispositif RIHN reste en place pour les actes innovants qui persistent dans ce référentiel.

2.2. Recueil du traitement de prévention des bronchiolites à virus respiratoire syncytial (VRS)

Comme indiqué dans la notice technique ATIH du 25 août 2026[1], les établissements de santé doivent déclarer les consommations des médicaments BEYFORTUS® et ENFLONSIA® :

- Dans le fichier FICHCOMP MED AP-AC pour les établissements ex-DG ;
- Dans le fichier des résumés de facturation de type H (RSF H) pour les établissements ex-OQN.

Le prix maximal remboursé est de 225,64 euros.
La déclaration d'activité qui sera faite ne pourra donner lieu à aucun versement au titre de l'écart médicament indemnisable (EMI).

Ce recueil est mis en œuvre pour la campagne 2026/2027 de prévention des bronchiolites à virus respiratoire syncitial (VRS).

2.3. Date de réalisation des actes CCAM

Une nouvelle erreur (groupage en CMD 90) bloquante a été ajoutée dans la fonction groupage 2026 pour tous les actes CCAM. Elle est active lorsque la date de réalisation de l'acte n'est pas renseignée.
En complément, une liste d'actes autorisés après la date de sortie du RUM est introduite à partir de la version 2027 de la fonction groupage, pour permettre le codage de l'activité de prélèvement d'organe ou d'autopsie fœtale, cette activité pouvant être réalisée après la date de fin du RUM.

[1] https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/content/documents/NoticeTechniqueMedicaments_2026_BeyfortusEnflonsia%20NF.pdf

2.4. Réformes de financement de la dialyse et de la radiothérapie

La mise en œuvre de ces deux réformes prévues au 1er janvier 2027 s'accompagne de consignes de codage spécifiques qui seront précisées dans le guide méthodologique MCO 2027. Un document de type *foire aux questions* sera également mis en ligne sur le site de l'ATIH pour complément.

2.5. Consignes de codage des décès dits « consentis » en période périnatale

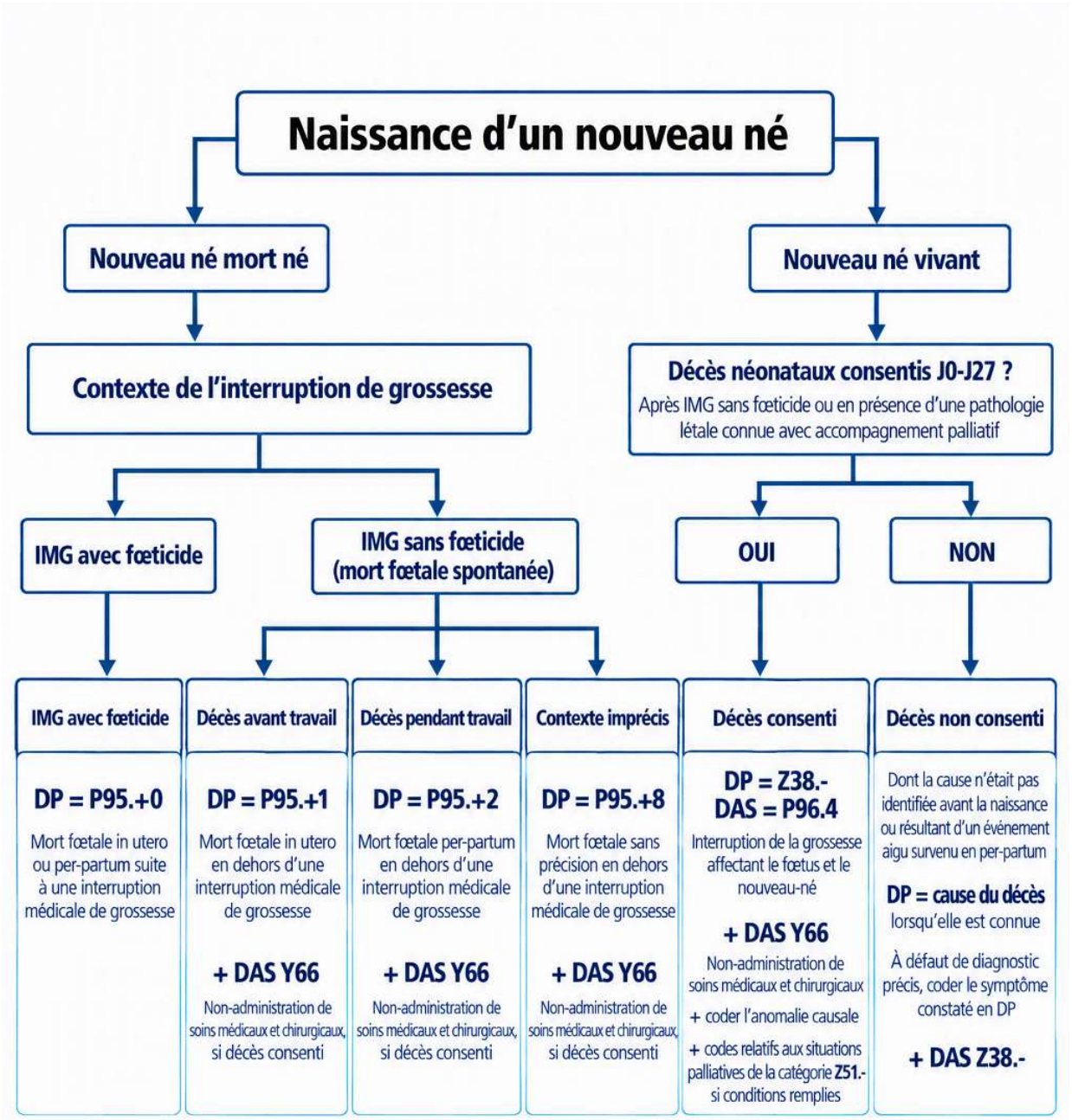
Dans un contexte marqué par une augmentation de la mortalité périnatale et néonatale, il est essentiel de disposer de données PMSI fiables et exhaustives. La qualité des données recueillies constitue un enjeu majeur pour comprendre les facteurs en cause de cette évolution et orienter les actions d'amélioration adaptées.

Une attention particulière doit être portée à la distinction entre les décès « consentis » et les décès « non consentis ». Cette différenciation permet d'interpréter correctement les données de mortalité, de distinguer les situations liées à une pathologie létale ou à une décision de limitation des thérapeutiques actives connue avant la naissance, des décès résultant d'un événement non anticipé.

Les règles de codage précisées ici visent à garantir une description uniforme de ces situations dans le PMSI et à améliorer la pertinence des analyses épidémiologiques, médicoéconomiques et des évaluations des pratiques professionnelles, notamment dans le cadre des revues de mortalité et de morbidité (RMM).

Il est proposé de définir les **décès consentis** comme les décès faisant suite à une pathologie létale ou une décision de limitation des thérapeutiques actives connue et documentée avant la naissance, avec projet de prise en charge palliative ou d'accompagnement établi en anténatal. D'autre part les **décès non consentis** sont définis comme les décès dont la cause n'était pas identifiée avant la naissance et/ou résultant d'un événement aigu survenu en per partum.

Pour ces situations, les précisions de codage selon l'algorithme suivant sont proposées, avec utilisation en position de DAS du code CIM-10 Y66 *Non-administration de soins médicaux et chirurgicaux* pour identifier les décès consentis :



Règle complémentaire	Exemple :
Lorsque le nouveau-né est pris en charge dans plusieurs unités médicales au cours d'un même séjour, la règle S1* doit également être appliquée à chaque RUM.	● Pour la naissance d'un nouveau-né en bonne santé, le DP du premier RUM est codé en Z38.- selon la règle S1. ● En cas de dégradation clinique survenant après une mutation (ou un transfert), le DP du RUM correspond à l'affection ou au problème de santé ayant motivé la prise en charge à l'entrée dans l'unité (idem en cas de réhospitalisation).

DP : diagnostic principal | **DAS :** diagnostic associé significatif | **IMG :** interruption médicale de grossesse | **RUM :** résumé d'unité médicale

* Règle S1 : cf. consignes de codage PMSI en vigueur.

2.6. Recueil concernant le dispositif Handibloc

Le dispositif Handibloc est destiné à la prise en charge coordonnée et adaptée de patients handicapés pour lesquels les soins ou examens standards peuvent être réalisés uniquement sous anesthésie générale. Il doit permettre de prendre en compte des besoins spécifiques du patient et de réduire le nombre d'anesthésies et de venues mais aussi d'avoir une meilleure coordination entre spécialités au sein des établissements sanitaires. La DGOS a publié un appel à candidature national dans une instruction datant du 30 septembre 2026[2] pour le déploiement de dispositifs Handibloc en établissements de santé. Cet appel à candidatures vise à identifier dans neuf régions en 2026, un établissement de santé qui accueillera le dispositif Handibloc.

Les établissements sélectionnés par le dispositif Handibloc dans sa phase pilote (2027) devront pour chaque hospitalisation de jour concernée renseigner la modalité '3' « Oui, dispositif Handibloc » dans la variable « Contexte patient » du RSS.

En plus de cette identification des séjours correspondant au dispositif Handibloc dans le PMSI, les établissements labellisés sont également tenus de coder les éléments d'information médicale suivants :

- Le codage en CIM-10 du ou des handicap(s) justifiant la prise en charge en dispositif Handibloc en position de DAS (ou DP) selon les règles habituelles de codage du guide méthodologique MCO : troubles du spectre autistique, troubles de la communication, troubles cognitifs, troubles du comportement, troubles sensoriels, pathologies neurologiques et syndromes génétiques fréquemment concernés ;
- Tous les actes médicaux CCAM réalisés dont ceux d'anesthésie générale ;
- Les actes de biologie réalisés doivent être codés dans le fichier FICHCOMP NABM (cf. paragraphe 6.4 infra) avec leurs codes NABM correspondants.

3. Classification GHM v2027

3.1. Refonte des CMD06K et ajustement CMD 07K

La classification des actes interventionnels de la CMD 06 a été revue et mise à jour dans la V2027, afin de mieux décrire cette activité médicale importante en matière d'effectifs.

Cette nouvelle classification comporte les éléments suivants :

- Création d'une racine dédiée aux actes réalisés par voie vasculaire
- Prise en compte de la réalisation d'actes endoscopiques multiples à l'occasion de séjours courts (moins de 2 ou de 3 nuits)
- Intégration des actes réalisés par voie endoscopique sur les voies biliaires

[2] Instruction n° DGOS/P3/2026/133 du 30 septembre 2026 relative à l'appel à candidatures national pour le déploiement de dispositifs Handiblocs en établissement sanitaire | Bulletins officiels

- Hiérarchisation des racines en fonction de la lourdeur économique. Celle-ci est déterminée par la présence de certains actes dits « marqueurs » (pose d'endoprothèse ; exérèse de lésions ; écho endoscopies ...) dans les séjours avec actes endoscopiques multiples

Les racines de la 06K se déclinent donc pour des durées différentes en fonction des types d'actes réalisés. Certaines racines comprennent des GHM en J et Z (moins de 3 nuits) ; d'autres ne comprennent que des GHM en Z, et, enfin, certaines racines sont strictement ambulatoires.

Pour des raisons d'homogénéité de traitement au sein de la classification, la liste des actes réalisés par voie vasculaire au sein de la CMD07 a également été revue avec ajout d'actes classants similaires.

Les séjours concernés par les actes d'injection intraartérielles hépatiques in situ d'agents pharmacologiques anticancéreux ou radio-isotopiques doivent désormais être codés avec la lésion en DP. Il s'agit des actes suivants :

- EDLF014 : Injection intraartérielle hépatique in situ sélective ou hypersélective d'agent pharmacologique anticancéreux non radio-isotopique sans embolisation de particules, par voie artérielle transcutanée
- EDLF015 : Injection intraartérielle hépatique in situ suprasélective d'agent pharmacologique anticancéreux non radio-isotopique sans embolisation de particules, par voie artérielle transcutanée
- EDLF016 : Injection intraartérielle hépatique in situ suprasélective d'agent pharmacologique anticancéreux non radio-isotopique avec embolisation de particules, par voie artérielle transcutanée
- EDLF017 : Injection intraartérielle hépatique in situ sélective ou hypersélective d'agent pharmacologique anticancéreux non radio-isotopique sans embolisation de particules, par voie artérielle transcutanée
- EDLL001 : Injection intraartérielle in situ d'agent pharmacologique radio-isotopique avec embolisation de particules, par voie artérielle transcutanée
- EDLL002 : Injection intraartérielle in situ d'agent pharmacologique radio-isotopique sans embolisation de particules, par voie artérielle transcutanée

3.2. CMD 29

Dans le cadre de la réforme du financement concernant la radiothérapie et la dialyse une nouvelle CMD a été créée, la CMD 29.

Cette CMD concerne les prises en charge forfaitaires pour la radiothérapie et la dialyse.

Pour plus de précisions, voir le guide méthodologique (pour les consignes de codage), le manuel de groupage V2027 (pour visualiser l'arbre de groupage) et l'arrêté prestation.

4. Modifications apportées à la CIM-10-FR

Ces modifications sont décrites dans l'annexe « nomenclatures » de la présente notice.

Elles concernent notamment l'ajout de codes permettant le groupage dans la nouvelle CMD29 (Z49.3 et Z51.02) et la valorisation des suppléments « repli » et « transition » pour les forfaits de dialyse à venir en 2027 (Z49.4 et Z49.5).

5. Nouveautés de la CCAM descriptive à usage PMSI

Ces modifications sont décrites dans l'annexe « nomenclatures » de la présente notice.

6. Nouveautés concernant le format des fichiers

Les formats sont disponibles à l'adresse suivante : https://www.atih.sante.fr/recueillir-les-donnees/guides-et-documentations/formats-pmsi-2027
Ils concernent les points suivants :

6.1. RSS

Les formats de RSS 2027 sont 024 (non groupé) et 124 (groupé).

La taille de la variable « Nombre de zone d'actes (nZA) dans ce RUM » est augmenté de 3 à 4 caractères.

Les modalités de la variable "contexte patient" sont modifiées comme suit :

- La modalité '1' est devient « Oui, hors dispositif Handibloc » ;
- La modalité '2' « Non » est inchangée ;
- La modalité '3' est ajoutée avec le libellé « Oui, dispositif Handibloc ».

Quatre nouvelles variables sont ajoutées dans le format du RSS :

- « Traitement radiosensibilisant concomitant à une radiothérapie », avec les modalités '1' « Oui » et '2' « Non » ;
- « Radiothérapie en contexte post-opératoire », avec les modalités '1' « Oui » et '2' « Non » ;
- « Nombre de tumeurs traitées en radiothérapie » sur 2 caractères (00, 01, 02, etc.…) ;
- « Radiothérapie adaptative », avec les modalités '0' « Non », '1' « Oui, radiothérapie adaptative online » et '2' « Oui, radiothérapie adaptative offline ».

Les trois premières variables sont obligatoires si le DP = Z51.02, et la quatrième variable est facultative (à visée documentaire pour le moment).

Trois nouvelles variables sont également ajoutées dans la zone d'acte du RSS :

- « Horaire de fin de réalisation », au format HHMM.
- « Date de début de réalisation » au format JJMMAAAA
- « Horaire de début de réalisation » au format HHMM

Ces variables sont obligatoires seulement si le DP = Z49.3, sauf pour les actes de dialyse péritonéale.
Le libellé de la variable « date de réalisation » évolue donc pour « Date de fin de réalisation », sans changement de format.

6.2. VID-HOSP

Aucune modification n'est apportée en 2027.

6.3. FICHSUP et FICHCOMP

La remontée du FICHSUP utilisé dans le cadre du passage dans le droit commun de certaines expérimentations article 51 sera mise en place pour la transmission M5 2027.

Le FICHCOMP Test HRD est renommé FICHCOMP NABM à partir du 1er janvier 2027. La variable « test HRD » est ainsi renommée « Code NABM » acceptant tous les codes de la nomenclature NABM, et non plus seulement le code de l'acte du test HRD.
Ce FICHCOMP sera particulièrement utilisé pour la valorisation de certains actes sortant du RIHN (voir point 2.1 de cette annexe) pris en charge en sus des séjours et la description de l'activité du dispositif Handibloc (recueil d'activité).

6.4. Le FICHCOMP FICUM

Aucune modification n'est apportée au FICUM pour 2027.

6.5. RSF ACE

Aucune modification n'est apportée au RSF ACE en 2027.

6.6. RSF

Aucune modification n'est apportée au RSF en 2027.

Annexe 2 :

Nouveautés PMSI du champ d'activité HAD

---

1. Mise à jour de l'arrêté PMSI HAD

L'arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement, dit « arrêté PMSI HAD », fait l'objet d'une modification liée à la mise à jour de ses annexes. Les annexes I, II et III sont modifiées et feront l'objet d'une publication au Bulletin officiel Santé – Protection sociale – Solidarité. Ces annexes sont les suivantes :

- Annexe I relative à la dixième révision de la classification internationale des maladies CIM-10 dite « à usage PMSI » ;
- Annexe II relative à la classification commune des actes médicaux descriptive « dite à usage PMSI » ;
- Annexe III relative au guide méthodologique de production des recueils d'information standardisés de l'hospitalisation à domicile.

Afin d'assurer une diffusion de l'information dans les meilleurs délais, elles seront préalablement publiées sur le site de l'ATIH sous une forme typographique spécifique permettant de faciliter le repérage des modifications apportées, et ceci notamment pour le guide méthodologique.

La nouvelle version du guide méthodologique sera applicable au 1er janvier 2027.

2. Modifications de codage et de recueil

2.1. Nouveau mode de prise en charge

Un nouveau mode de prise en charge (MP) est créé et applicable à partir du 1er janvier 2027. Il est intitulé MP30 *Prise en charge de situations à risque de détérioration médicale*, et comprend dans ses critères d'éligibilité et modalités de prise en charge, des patients à risque de détérioration clinique, dont les séjours sont actuellement inclus par défaut dans le *MP08 Autres traitements* ou qui ne sont pas hospitalisés car ne répondant pas aux critères d'hospitalisation en HAD encadrées par ce MP.
Pour la valorisation des séjours avec un MP30, des contraintes et associations de codage sont mises en place avec les mêmes pondérations que le MP 08 mais moins d'associations MPP/MPA autorisées et d'autres associations non attendues, sans blocage selon des seuils d'IK. Ce nouveau MP30 génère 116 nouveaux GHPC avec des GHT existants.
Ces nouveautés seront publiées dans les versions 2027 du guide méthodologique HAD et du fichier GHPC.

2.2. Evolution du périmètre du MP 04

Ces évolutions comprennent une actualisation de la définition et des modalités du projet thérapeutique en soins palliatifs et fin de vie ainsi que de sa graduation en HAD, avec l'introduction de la notion de coordination ville-hôpital et du recours à l'expertise et l'appui des équipes mobiles de soins palliatifs. La mise à jour du guide méthodologique HAD sera applicable à partir du 1er janvier 2027.

2.3. Recueil des évaluations anticipées au domicile personnel du patient

Le recueil des évaluations anticipées pour l'HAD, étendu au domicile personnel du patient depuis le 1er juin 2026 et rapporté provisoirement dans la variable ESMS du FICHSUP jusqu'à la fin de l'année en cours (cf. note d'information n° DGOS/P2/2026/64 du 3 juin 2026 relative à la possibilité pour les établissements d'HAD de réaliser des évaluations anticipées à domicile).
A partir du 1er janvier 2027 ce recueil sera porté par une variable nouvelle du FICHSUP Evaluations anticipées.

2.4. Recueil Article 50 Traitements Médicamenteux Systémiques du Cancer (TMSC)

Le dispositif de recueil se poursuit en 2027 selon les mêmes modalités, via le FICHCOMP.csv « Art. 50 TMSC » (traitements médicamenteux systémiques du cancer).

Un défaut de codage de certains établissements en 2025 a conduit à mettre en place un dispositif de rattrapage des données incomplètes au dernier trimestre 2026, avec un outil *ad hoc* de l'ATIH.
Une attention toute particulière des établissements de santé HAD et de leurs partenaires MCO pour le recueil des données est donc recommandée particulièrement au moment de la transmission du M12, car le dispositif de rattrapage ne sera pas reconduit en 2027.

3. Classification HAD

Aucune modification n'est apportée à la classification HAD en 2027.

4. Modifications apportées à la CIM-10

Ces modifications sont décrites dans l'annexe « nomenclatures » de la présente notice.

5. Nouveautés de la CCAM descriptive à usage PMSI

Ces modifications sont décrites dans l'annexe « nomenclatures » de la présente notice.

6. Nouveautés concernant le format des fichiers

Les formats sont disponibles à l'adresse suivante : https://www.atih.sante.fr/recueillir-les-donnees/guides-et-documentations/formats-pmsi-2027

6.1. Format RPSS

Aucune modification n'est apportée en 2027.

6.2. FICHCOMP

Aucun nouveau recueil à partir d'un FICHCOMP n'est mis en place en 2027.

6.3. FICHSUP

Une variable « Nombre de patients dans le domicile personnel (hors EHPAD, ESMS et ES) » est ajoutée au format du FICHSUP Evaluations anticipées.

6.4. VID-HOSP

Aucune modification n'est apportée en 2027.

Annexe 3 :

Nouveautés PMSI du champ d'activité SMR

---

1. Mise à jour de l'arrêté PMSI SMR

L'arrêté PMSI SMR du 27 décembre 2023 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en soins de suite médicaux et de réadaptation (SMR) fait l'objet des modifications suivantes :

- Modification de la nomenclature de référence des actes de réadaptation : le CSAR devient cette nomenclature de référence.
- Modification de ses annexes I, II, III, IV et V qui feront l'objet d'une publication au Bulletin officiel Santé – Protection sociale – Solidarité.

Ces annexes sont les suivantes :

- Annexe I relative à la dixième révision de la classification internationale des maladies CIM-10 dite « à usage PMSI » ;
- Annexe II relative à la classification commune des actes médicaux descriptive « dite à usage PMSI » ;
- Annexe III relative au guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en soins médicaux et de réadaptation ;
- Annexe IV relative au manuel des groupes médicoéconomiques en soins médicaux et de réadaptation ;
- Annexe V relative au catalogue spécifique des actes de réadaptation.

Afin d'assurer une diffusion de l'information dans les meilleurs délais, elles seront préalablement publiées sur le site de l'ATIH sous une forme typographique spécifique permettant de faciliter le repérage des modifications apportées, et ceci notamment pour le guide méthodologique.

Ces annexes seront applicables à compter du 1er janvier 2027.

2. Modifications de codage et de recueil

Recueil de la semaine à cheval sur deux années

Pour rappel, depuis le M12 2025, les règles de transmission de la semaine à cheval entre deux années ont évolué. Cette semaine à cheval est incluse dans le M12 de l'année PMSI N-1 **et** dans le M1 de l'année PMSI N.

La note relative à l'évolution des transmissions SMR concernant la semaine à cheval sur deux années précise le rationnel de cette évolution ainsi que les consignes de transmission. Cette note a été mise à jour.
Une évolution des consignes de production et de transmission des informations intervient pour la semaine à cheval 2026-2027, c'est-à-dire pour la semaine du lundi 28 décembre 2026 au dimanche 03 janvier 2027.

Ces consignes sont les suivantes :

En cas de séjour d'hospitalisation complète :

- Si un séjour est en cours ou est clôturé sur cette semaine à cheval, alors cette semaine doit être transmise au M12 de l'année 2026 **et** au M1 de l'année 2027.
- De la même manière, si un séjour débute au cours de cette semaine, elle doit également être transmise au M12 de l'année 2026 **et** au M1 de l'année 2027.
- Dans ces deux cas de figure :
    - En cas d'absence du RHA au M12 2026, un signalement Druides aura lieu (**erreur R810**).
    - En cas d'absence du RHA au M1 2027, un signalement Druides aura lieu (**erreur R811**).
    - Par ailleurs, le séjour sera groupé en erreur (groupage en CM 90)

En cas de séjour d'hospitalisation partielle :

- Si un séjour est en cours ou est clôturé sur cette semaine à cheval, alors le RHA de cette semaine doit être transmis au M12 de l'année 2026 **et** au M1 de l'année 2027.
- De la même manière, si un séjour débute au cours de cette semaine, alors le RHA de cette semaine doit également être transmis au M12 de l'année 2026 **et** au M1 de l'année 2027.
- Dans ces deux cas de figure :
    - En cas d'absence du RHA au M12 2026, un signalement de Druides aura lieu (**erreur R808**).
    - En cas d'absence du RHA au M1 2027, un signalement de Druides aura lieu (**erreur R809**).
    - Par ailleurs, les journées de présence non transmises en M12 2026 ou M1 2027 **ne seront pas valorisées**.
- Enfin, s'il n'est pas prévu de journée d'hospitalisation partielle sur la semaine à cheval, alors le séjour peut être clos avant le lundi (28 décembre 2026) de cette semaine à cheval.
- Dans le cas d'un séjour pour lequel il n'y a pas de journée de présence sur cette semaine à cheval, les signalements de Druides indiqués ci-dessus (erreurs R808, R809) sont attendus et seront automatiquement produits. Toutefois, dans cette situation, il n'y a pas d'obligation à transmettre les RHA sans journée de présence.

3. Classification GME

Aucune modification n'est apportée à la classification en GME pour 2027.

4. Modifications apportées à la CIM-10

Ces modifications sont décrites dans l'annexe « nomenclatures » de la présente notice.

5. Modifications apportées à la CCAM descriptive pour usage PMSI

Ces modifications sont décrites dans l'annexe « nomenclatures » de la présente notice.

6. Modifications apportées au CSAR

Les modifications de la nomenclature CSAR sont décrites dans l'annexe Nomenclatures de la présente notice. À partir du 1e janvier 2027, le CSAR devient la nomenclature de référence et est donc la nomenclature attendue pour le codage des actes de réadaptation.

Le CSARR reste utilisable, à titre dérogatoire, pour le codage des actes de réadaptation réalisés jusqu'au dimanche 27 juin 2027. Tout acte réalisé au-delà de cette date ne sera pris en compte par la fonction groupage que s'il est codé avec le CSAR. En cas d'acte CSARR avec une date de réalisation ultérieure à cette date, alors la transmission conduira à un groupage en erreur (CM90) du RHA d'HP ou du séjour d'HC concerné, et le GMT attribué sera 9999 (GMT non valorisé).

7. Nouveautés concernant le format des fichiers

Les formats sont disponibles à l'adresse suivante : https://www.atih.sante.fr/recueillir-les-donnees/guides-et-documentations/formats-pmsi-2027
Aucune modification des formats ne sera apportée en 2027. Les formats applicables à partir du 1er janvier 2027 sont par conséquent les mêmes qu'en 2026.
Ainsi, le format des RHS rend toujours possible la saisie des actes en CSARR. Pour plus d'information à ce sujet, se référer au point 3 de l'annexe 3.

7.1. RHS

Aucune modification n'est apportée aux RHS au 01 janvier 2027. Le format prend toujours en charge la saisie des actes en ancien CSARR.

7.2. VID-HOSP

Aucune modification n'est apportée au VID-HOSP au 01 janvier 2027.

7.3. VID-CHAINAGE

Aucune modification n'est apportée au VID-CHAINAGE au 01 janvier 2027.

7.4. FICHSUP et FICHCOMP

Aucun nouveau recueil FICHCOMP n'est mis en place au 01 janvier 2027.

Aucun nouveau recueil FICHSUP n'est mis en place au 01 janvier 2027.

7.5. FICUM

Aucune modification n'est apportée au FICUM au 01 janvier 2027.

7.6. RSF-ACE

Aucune modification n'est apportée au RSF-ACE au 01 janvier 2027.

7.7. RSF

Aucune modification n'est apportée au RSF-H au 01 janvier 2027.

Annexe 4 :

Nouveautés PMSI du champ d'activité Psychiatrie

---

1. Mise à jour de l'arrêté PMSI

L'arrêté PMSI psychiatrie du 23 décembre 2016 modifié3, fait l'objet d'une modification liée à la mise à jour de ses annexes. Les annexes I, II et III sont modifiées, et feront l'objet d'une publication au Bulletin officiel Santé – Protection sociale – Solidarité. Ces annexes sont les suivantes :

- Annexe I relative à la dixième révision de la classification internationale des maladies CIM-10 dite « à usage PMSI » ;
- Annexe II relative à la classification commune des actes médicaux descriptive dite « à usage PMSI »;
- Annexe III relative au guide méthodologique de production du recueil d'informations médicalisé en psychiatrie.

Comme chaque année, il sera procédé à une publication exhaustive de ces annexes au BO. Afin d'assurer une diffusion de l'information dans les meilleurs délais, ces annexes seront préalablement publiées sur le site de l'ATIH sous une forme typographique spécifique permettant de faciliter le repérage des modifications apportées, et ceci notamment pour le guide méthodologique.

Les principales modifications du guide méthodologique sont détaillées au point 2.

Cette nouvelle version du guide méthodologique sera applicable au 1er janvier 2027.

2. Modifications apportées au guide méthodologique de production du RIM-P

2.1. Evolution des consignes de codage

En 2027, plusieurs précisions de consignes de codage sont ajoutées au guide méthodologique. Elles ont pour objectif une meilleure cohérence et une harmonisation du codage en psychiatrie. Elles ont été élaborées au sein d'un groupe de travail représentant les fédérations hospitalières, la SoFIMe, des acteurs de terrain et validées en comité technique. Ces précisions de consignes ne sont pas des évolutions en termes de recueil et ne sont pour la plupart d'entre elles que synthétisées dans la présente notice.

[3] Arrêté relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en psychiatrie et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique.

2.1.1. Prises en charge à temps partiel concomitantes avec du temps complet, de l'accueil familial thérapeutique ou du temps partiel

À la suite de la suppression du dispositif de description des séquences combinées dans les résumés par séquence (RPS) en 2021, de nombreuses questions sont formulées par les établissements quant à la possibilité de prises en charges concomitantes en temps partiel avec du temps complet, de l'accueil familial thérapeutique ou du temps partiel. Les consignes élaborées visent à répondre à ces interrogations.

Les prises en charges sur plusieurs structures à temps partiel du même établissement (entité juridique) sont possibles. Pour les recueillir, l'établissement a la possibilité soit :

- D'utiliser un seul séjour avec des mouvements entre les unités médicales en fonction des venues / séances d'un même patient ;
- De faire co-exister plusieurs séjours.

Dans tous les cas, il ne peut y avoir de venues / séances synchrones sur plusieurs unités médicales.

Les prises en charge à temps partiel sur une période où existe par ailleurs une prise en charge en accueil familial thérapeutique ou en appartement thérapeutique au sein du même établissement (entité juridique) sont possibles. L'établissement peut également faire co-exister plusieurs séjours.

Sont donc autorisés les séjours concomitants :

- En hospitalisation à temps partiel et en accueil familial thérapeutique ;
- En hospitalisation à temps partiel et en appartement thérapeutique.

Si une prise en charge à temps partiel est réalisée concomitamment à une forme de prise en charge à temps complet au sein d'un même établissement (entité juridique), elle ne doit pas donner lieu à un recueil (*e.g.* : une prise en charge en hôpital de jour réalisée pendant un séjour à temps plein ne donne pas lieu à un recueil pour l'hôpital de jour).

2.1.2. Prise en charge à temps partiel

L'arrêté du 4 juillet 2025, modifié par l'arrêté du 23 juillet 2025, relatif à la définition des modes de prise en charge en psychiatrie, a suscité plusieurs interrogations quant aux conditions de description de certaines prises en charge en hôpital de jour, telles que l'administration d'un traitement réservé à l'usage hospitalier nécessitant une surveillance ou la réalisation d'un bilan neuropsychologique complexe.

La note d'information n°DGOS/P3/2026/38 du 7 avril 2026 relative aux cahiers des charges des modes de prise en charge en psychiatrie apporte des éléments de clarification sur ces situations. Ces précisions seront intégrées dans une prochaine version du guide méthodologique.

Par ailleurs, des compléments seront apportés concernant les modalités de détermination de la durée d'une venue ou d'une séance. Celle-ci correspond à l'intervalle de temps compris entre l'entrée du patient dans la structure et sa sortie de celle-ci.

2.1.3. Recueil d'actes EDGARX

Plusieurs précisions ou ajustements de définitions seront intégrées dans le guide méthodologique 2027. Voici les différents axes qui ont été traités :

- La nécessité de traçabilité des actes dans le dossier médical du patient, permettant d'en attester la réalisation et d'en caractériser le contenu ;
- Des précisions sur la possibilité ou non de coder des actes successifs de type entretien avec des exemples ;
- Des précisions sur les conditions de recueil des entretiens téléphoniques ;
- Des précisions sur les démarches ;
- Une révision de la définition d'une réunion clinique pour un patient ;
- Une précision du cadre du recueil de la téléexpertise psychiatrique ;
- Des précisions concernant les professions incluses dans les différentes catégories professionnelles.

2.1.4. Codage des diagnostics ou motifs de prise en charge

Des précisions relatives à la définition du diagnostic principal ou du motif principal de prise en charge en ambulatoire seront apportées dans le guide méthodologique 2027. Celui-ci précisera également qu'une réévaluation de la part des établissements, au minimum annuelle, des diagnostics principaux et associés utilisés pour le codage régulier de leur activité est requise.

L'attribution d'un code de la CIM-10 n'est pas un acte de diagnostic médical et n'est donc pas réservée aux professions médicales. En effet, la CIM-10 permet de coder non seulement des maladies et affections, mais également des symptômes et signes cliniques, des motifs de recours aux soins ainsi que des facteurs influant sur l'état de santé et les motifs de recours aux services de santé. Le guide méthodologique rappellera en conséquence que l'utilisation de la CIM-10 n'est pas exclusivement réservée aux professions médicales mais s'étend à l'ensemble des professionnels de santé et socio-éducatifs prenant en charge le patient et habilités à coder pour le RIM-P. Bien entendu, la production finale du RIM-P relève de la responsabilité du médecin d'information médicale de l'établissement.

Exemple : Un patient avec un diagnostic de schizophrénie adressé pour une prise en charge en ambulatoire dans le cadre de cette schizophrénie. L'infirmier réalisant la prise en charge peut proposer un code F20.9 *Schizophrénie, sans précision*.

Un patient consultant pour une première prise en charge et présentant des hallucinations auditives. L'infirmier voyant ce patient peut proposer le code R44.0 *Hallucinations auditives*.

Dans ces deux cas, le code proposé sera validé par le médecin responsable de l'information médicale de l'établissement.

Le guide méthodologique apportera également des précisions sur les règles de priorisation des codes CIM-10. Lorsque plusieurs catégories de codes sont susceptibles d'être utilisées, il convient de privilégier les codes décrivant une maladie ou une affection diagnostiquée, puis les codes relatifs aux symptômes et signes cliniques, et enfin les codes correspondant aux facteurs influant sur l'état de santé et aux motifs de recours aux services de santé.

2.1.5. Expertises médico-légales

En 2027, l'exclusion des expertises médico-légales du RIM-P sera plus clairement explicitée dans le guide méthodologique.

2.2. Recueil de l'activité ambulatoire en ex-OQN

La réforme du régime des autorisations en psychiatrie prévoit que les établissements de santé, qu'ils relèvent du secteur public ou du secteur privé, assurent désormais les trois modalités de prise en charge suivantes : les prises en charge à temps complet, les prises en charge à temps partiel et les soins ambulatoires, soit directement sur site, soit dans le cadre d'une convention.
Des travaux sont actuellement conduits afin de définir les modalités de recueil de l'activité ambulatoire développée par les établissements ex-OQN. En fonction des conclusions de ces travaux, les modalités techniques de recueil feront l'objet d'une communication ultérieure par l'ATIH.

3. Modifications apportées à la CCAM descriptive pour usage PMSI

Ces modifications sont décrites dans l'annexe Nomenclatures de la présente notice.

4. Modifications apportées à la CIM-10

Ces modifications sont décrites dans l'annexe Nomenclatures de la présente notice.

5. Nouveautés concernant le format des fichiers

Les formats sont disponibles à l'adresse suivante : https://www.atih.sante.fr/recueillir-les-donnees/guides-et-documentations/formats-pmsi-2027

Aucune modification des formats ne sera apportée en 2027. Les formats applicables à partir du 1er janvier 2027 sont par conséquent les mêmes qu'en 2026.

5.1. RPS et RAA

Aucune modification n'est apportée aux RPS et RAA en 2027.

5.2. VID-HOSP et VID-IPP

Aucunes modifications ne sont apportées au VID-HOSP et VID-IPP en 2027.

5.3. Fichiers RSF et VID-CHAINAGE

Aucunes modifications ne sont apportées aux RSF et VID-CHAINAGE en 2027.

5.4. FICHCOMP

Aucune modification n’est apportée aux FICHCOMP en 2027.

5.5. FICUM-PSY

Aucune modification n’est apportée au FICUM-PSY en 2027.

Annexe 5 :

Nouveautés relatives aux nomenclatures

Les nouveautés 2027 relatives aux nomenclatures CIM-10-FR à usage PMSI, CCAM descriptive à usage PMSI, et CSAR, applicables à partir du 1er janvier 2027 sont les suivantes :

1. Nouveautés de la CIM-10 FR à usage PMSI

Pour les besoins des réformes de financement de la radiothérapie et de la dialyse, sont ajoutés les codes CIM-10-FR à usage PMSI suivants :

Z49.3 Prise en charge forfaitisée de dialyse
Z49.4 Dialyse en situation de repli
Z49.5 Dialyse en situation de transition

Z51.02 Prise en charge forfaitisée de radiothérapie
A l'exclusion de : Z51.00 Préparation à une radiothérapie
Z51.01 Séance d'irradiation

2. Nouveautés de la CCAM descriptive à usage PMSI

La version de la CCAM publiée au BO pour 2027 s'appuiera sur la dernière version de la CCAM descriptive à usage PMSI de 2026 comportant les nouveautés de la dernière version de la CCAM (Assurance Maladie) qui sera applicable au 1er janvier 2027.
D'autres versions de la CCAM descriptive à usage PMSI pourront être publiées et mises en ligne sur le site de l'ATIH courant 2027, au fur et à mesure des mises à jour de la CCAM par l'Assurance Maladie. Toutefois, elles ne seront pas publiées au BO.

Pour mémoire, de nouveaux actes de radiothérapie et de dialyse péritonéale ont été inscrits en juillet 2026 dans la CCAM descriptive à usage PMSI. Ceux-ci sont applicables dans le cadre des réformes de financement concernées à partir du 1er janvier 2027.

3. Nouveautés du CSARR et CSAR

En SMR, le CSAR devient au 1e janvier 2027 la nomenclature de référence pour le codage des actes de réadaptation. Se reporter au point 6 de l'annexe 3.

Aucune nouveauté n'est inscrite pour la version 2027 du CSARR.

Pour la version 2027 du CSAR :

- La liste des intervenants attendus est modifiée pour les actes suivants :

- 10S04 Séance d'information à visée préventive du patient et/ou de l'entourage ;
- 11S13 Séance d'accompagnement au retour à domicile, ou une sortie thérapeutique.

Pour ces deux actes, les intervenants suivants sont ajoutés à la liste des intervenants attendus : Pédicure-podologue, podo-orthésiste, orthoprothésiste, éducateur spécialisé, éducateur de jeunes enfants, animateur, moniteur d'auto-école, moniteur éducateur, éducateur sportif, ergonome, moniteur d'atelier et socio-esthéticien.

- 05E02 Evaluation des fonctions de l'oralité alimentaire ;
- 05S02 Séance de réadaptation des fonctions de l'oralité alimentaire ;
- 11E10 Entretien relatif au projet de soin et/ou au projet de vie du patient ;
- 11E12 Evaluation standardisée de la qualité de vie du patient ;
- 11E13 Evaluation standardisée du fardeau de l'aidant.

Pour ces cinq actes, ajout de l'intervenant neuropsychologue à la liste des intervenants attendus.

Annexe 6 :

Nouveautés Interchamps

Cette annexe consacrée aux nouveautés interchamps 2027 présente une évolution déployée dans DRUIDES au M10 2026, ainsi que les évolutions prévues pour le module OVALIDE d'e-PMSI au M1 2027 et des informations sur le système de sécurisation des accès à DRUIDES et e-PMSI.

1. Modifications de codage et de recueil

Consigne de codage des hospitalisations de personnes exerçant leur droit à mourir

Faisant suite à la loi n° 2026-794 du 18 août 2026 relative au droit à l'aide à mourir, des consignes de codage seront prochainement précisées pour repérer l'activité liée à l'exercice du droit à mourir quand la préparation et/ou l'administration de la substance létale s'effectue dans un établissement de santé.

2. Evolution du module OVALIDE d'e-PMSI au M1 2027

Dans le cadre de son contrat d'objectifs et de performance 2023-2027, l'ATIH conduit actuellement un projet prioritaire de changement de logiciel d'analyses statistiques et de traitement des données (désengagement de SAS).

Pour e-PMSI, cette évolution technique, sera mise en place au M1 2027. Elle entraînera des impacts sur certains usages et restitutions, notamment sur le module OVALIDE et le processus de validation.

Cette évolution concernera tous les champs (MCO, SMR, HAD et Psychiatrie) et tous les secteurs de financement (ex-DG/DAF, ex-OQN),

Afin d'accompagner cette transition, un webinaire d'information sera organisé le jeudi 26 novembre de 15h à 17h.

Ce webinaire sera l'occasion de :

- Présenter l'avancement des travaux et le calendrier prévisionnel ;
- Détailler les modalités de mise en œuvre (tests utilisateurs, stratégie de déploiement, …) ;
- Partager les impacts attendus sur les usages, les restitutions et les exports ;
- Présenter les dispositifs d'accompagnement prévus ;
- Répondre aux interrogations.

À l'issue du webinaire, le support de présentation ainsi que l'enregistrement vidéo seront mis à disposition des participants.

Des supports d'information sont déjà à disposition des utilisateurs :

- Diaporama du Webinaire du 16 juillet : https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/content/documents/CIMMF/20260716%20Webinaire%20%231%20D%C3%A9sengagement%20SAS%20d'e-PMSI.pdf
- Documentation e-PMSI : https://atih.atlassian.net/wiki/spaces/ePMSI/overview

3. Evolution DRUIDES M10 2026

A partir des transmissions PMSI du M10 2026, DRUIDES intégrera une nouvelle fonctionnalité de mise à jour des référentiels.
Les objectifs de cette évolution sont :

- De permettre une mise à jour des référentiels (médicaments, FINESS, …) sans nécessité de mise à jour mensuelle de DRUIDES ;
- D'améliorer les contrôles des fichiers de médicaments : contrôle des dates en amont d'e-PMSI.

Un contrôle de validité des référentiels et leur mise à jour si nécessaire se feront à la demande de l'utilisateur ainsi que de façon systématique lors des phases de contrôle et de transmission des données.

4. Sécurisation de la connexion aux outils PMSI (DRUIDES et e-PMSI)

Afin de renforcer la sécurité des accès aux applications DRUIDES et e-PMSI, une double authentification (MFA) sera mise en place prochainement.

Lors de la connexion, l'utilisateur devra saisir son identifiant et son mot de passe.
Une seconde étape de vérification sera ensuite demandée (code reçu par mail).

Afin que ce dispositif puisse fonctionner, les règles de gestion de compte PLAGE déjà en vigueur sont rappelées :

- Chaque utilisateur doit disposer de son propre compte nominatif ;
- L'adresse mail associée au compte doit être individuelle, valide et régulièrement mise à jour ;
- Les comptes génériques ou partagés ne sont pas autorisés ;
- Le partage d'identifiants entre plusieurs personnes est strictement interdit.

Le calendrier de mise en œuvre sera communiqué prochainement, accompagné d'une documentation dédiée.